

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol.59 nr.07 2022

**Psykologers
erfaringer i
videoveiledning**

*Sebastian
Gulbrandsen et al.*

**DET
POLITISKE
DYRET**

Thomas H. Kleppestø

**Tvangspraksis
for retten**

Aktuelt

**Sorgen er
din egen**

Simen Fjellstad Holm



PSY KOL OGI

Vol. 59 nr. 07 2022

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams,
katharine@psykologtidsskriftet.no, tlf. 934 82 003

Psykologfaglig redaktør Gro Walø-Syversen,
gro@psykologtidsskriftet.no, tlf. 908 45 076

Produksjonsansvarlig Veronica Bjartan,
Veronica@psykologtidsskriftet.no, tlf. 482 38 419

Teknisk redaktør Christian von Schack,
christian.schack@psykologtidsskriftet.no, tlf. 483 30 455

Journalist Per Halvorsen, per@psykologtidsskriftet.no, tlf. 918 67 706

Redaksjonssekretær Nora Skjerdingsstad, nora@psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no

Markedskordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,
tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Siv Hilde Berg, Harald Bækkelund, Roger Hagen,
Marianne Berg Halvorsen, Joar Overaas Halvorsen, Ute Gabriel,
Solveig H. H. Kjus, June Ullevoldsæter Lystad, Per-Magnus,
Moe Thompson, Helene Amundsen Nissen-Lie, Pia Beate Pedersen,
Elisabeth Schanche, Erik Stänicke, Jens Thimm og Espen Walderhaug

Denne utgaven ble godkjent til trykk 24.06.2022

Omslagsillustrasjon Åge Peterson

Form Bøk Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening (Journal of the Norwegian Psychological Association)
er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat,
Tekstreklameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell
fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening



Sjelden kurere, ofte lindre, alltid trøste ...

... kobles ofte til **Hippokrates** og er blant de mest kjente aforismer innen medisinen. For psykologien er formuleringen kanskje for selvfølgelig til å sette til ord, selv om det ikke skulle være vanskelig å finne noe nært assosiert (Sjelden kurere, ofte validere, alltid inngi håp?).

I **Etikkpanelet på side 664** har vi denne gangen gitt ordet til en skribent som ikke er psykolog, men som like fullt reiser noen viktige spørsmål knyttet til hva spesifikke psykologiske metoder kan love når det gjelder å kurere lidelse. Spørsmålet berører fagetikken når psykologer utgir selvhjelpsbøker.

Selvhjelps litteratur er stor butikk for forlagene, samtidig som det blir et stadig viktigere arbeidsverktøy i psykologisk behandling. «Psykolog» signaliserer kvalitet og er en viktig merkevare i dette landskapet. Det sier seg selv at en psykolog som utgir en selvhjelpsbok, er mindre fristilt enn andre forfattere. Spørsmålet her er hvordan fagetiske retningslinjer skal forstås i hvert enkelt tilfelle og individuelle forfatterskap.

En ting er hvor store problemer forlaget kan påstå at boken kan løse i sin markedsføring. Leseren har ikke tilgang på en terapeuts kliniske ekspertise. Forfatteren vet på sin side ikke noe om den enkelte leasers egenskaper, verdier og kontekst. Dersom psykologforfatteren hevder at selvhjelpsboken er evidensbasert, bør dokumentasjon derfor bygge på kliniske studier i bruken av det aktuelle selvhjelpsmaterialet og ikke utelukkende på kliniske studier av behandlingsmodeller i pasient-behandler-kontekster. I motsatt fall hopper forfatteren over et viktig ledd mellom psykologiske metoder og en realistisk nyttiggjøring av disse.

Psykologien har mye å tilføre folkehelsen, men selv om vi ikke skal undervurdere allmennbefolkningens evne til å ta til seg psykologiske intervensjoner, må vi heller ikke undervurdere psykologens betydning i en effektiv behandling.

Hvis resultatet av en psykologforfatter selvhjelpsbok blir demoralisering og en forsterket håpløshet, har vi med et fagetisk dilemma å gjøre. I tillegg kan ukritisk markedsføring medføre en svekket tillit til selvhjelps litteratur som verktøy. Jeg tror dette er viktige fag- og fagetiske problemstillinger å drøfte nærmere. ✕



Katharine Cecilia Williams

Sjefredaktør
katharine@
psykologtidsskriftet.no



... må vi heller ikke undervurdere psykologens betydning i en effektiv behandling

638



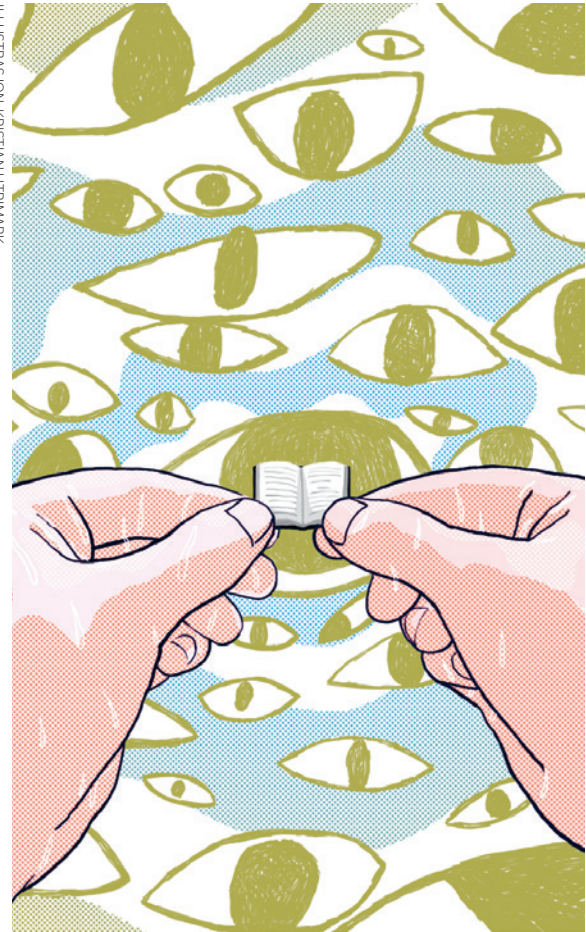
ILLUSTRASJON: WIKIMEDIA COMMONS

POESI OG PSYKOTERAPI

John Keats diktning og refleksjoner gir fruktbar inspirasjon til psykoterapeutisk arbeid. Nils Eide-Midtsand utforsker hvordan Keats sanselige og empatiske uttrykk kan forstås i 2022.

Fagessay

664



ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK

LITEN BOK, STORE ORD

Etter å ha lest boken ble jeg ikke bare bekymret for at desperate mennesker betaler for noe uten effekt, men at den faktisk kan påføre syke mennesker skade, skriver Dag Wollebæk om *Den lille boken som kurerer sterk angst*.

Etikkpanelet

670



MOTVEKT

Psykologspesialist Gry Kristin Lia kjenner seg ikke igjen i at rusmiddelavhengige utsettes for meningsløs tvang. En tvangsinnleggelse kan forstås som en motkraft til tvangen som følger av avhengigheten, skriver hun i denne utgavens hovedinnlegg.

Meninger

Innhold

- 605 **Sjelden kurere, ofte lindre, alltid trøste ...**
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 608 **Vil ha tvangspraksis for retten**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 612 **Digitale blindflekker**
Forskningsintervju | Nora Skjerdingsstad
- 616 **Det politiske dyret**
Fagessay | Thomas H. Kleppestø
- 622 **Psykologers erfaringer i videoveiledning
- en kvalitativ studie**
Originalartikkel | Sebastian Gulbrandsen et al.
- 632 **Fem grep for økt hverdagsglede**
Fagessay | Monica Beer Prydz, Maja Eilertsen
& Ragnhild Bang Nes
- 638 **John Keats: Poesi og psykoterapi**
Fagessay | Nils Eide-Midtsand
- 646 **Mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppe for
ungdom i BUP**
Fra praksis | Cilje Sunde Rolfsjord & Jennie Gärderup
Richard
- 652 **Fluktens pris - postmigrasjonsvansker**
Fagessay | Zemir Popovac
- 656 **Psykoterapiens etos**
Fagessay | Ole Magnus Vik
- 664 **Når fagfolk lover for mye**
Etikkpanelet | Dag Wollebæk
- 668 **MENINGER**
Kronikk: Tvang gir mening i rusfeltet | Gry Kristin Lia
(s. 670)
Debatt: Psykologer og makt (s. 668), Autisme (s. 673),
Selvhjelps litteratur (s. 676 & 677)
- 678 **En annen og mer turbulent profesjonshistorie**
Kommentar | Jan Smedslund
- 682 **INNTRYKK**
Anmeldelse: Respektfull formidling med et positivt
blikk (s. 682)
Filmessay: Sorgen er din egen | Simen Fjellstad
Holm (s. 684)
- 692 **Minneord: Leo Michael Reiff (1954-2022)**
- 695 **Annonser**
- 699 **Stillingsannonser**

Vil ha tvangspraksis for retten

De hevder at behandlingen de fikk i psykisk helsevern brøt med menneskerettighetene, og krever erstatning. På sikt vil de ha forbud mot tvangsmedisinering.

TEKST OG FOTO

Per Halvorsen

INGER-MARI EIDSVIK og Merete Nesset har stevnet staten for behandlingen de har fått etter at de ved flere anledninger i perioden 1988 til 2016 ble innlagt i psykisk helsevern med psykose. De vil ha fastslått at de har vært utsatt for «nedverdiggende og umenneskelig behandling», noe som strider mot både grunnloven og internasjonale menneskerettigheter. Av stevningen fremgår det at tvangen de samlet sett har vært utsatt for, har omfattet både tvangsmedisinering, beltelegging, isolasjon og skjerming. Nå krever de oppreisning og erstatning.

Det fremgår av journalnotater som vil bli fremlagt i retten, at de to saksøkerne i alle år aktivt har motsatt seg medisinering med nevroleptika. Journalnotatene beskriver omfattende bivirkninger og traumer i forbindelse med at de likevel ble tvangsmedisinert. Begge saksøkerne er diagnostisert med posttraumatisk stress (PTSD) som en følge av bruken av tvangsmidler.

UMENNESKELIG BEHANDLING

Saken de nå ønsker opp for Oslo tingrett, er historisk. Det er første gang i Norge at staten ved helse- og omsorgsdepartementet er blitt innklaget for brudd blant annet på Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) i forbindelse med tvangsbehandling i psykisk helsevern. Her er det ikke minst artikkel 3 som er aktuell. Den forbyr blant annet tortur og umenneskelig behandling.

En av de to kvinnenes prosessfullmektiger – Mads Andenæs – vil blant annet prosedere på at kunnskapsgrunnlaget om de positive virkningene av tvangsmedisinering med nevroleptika er for tynt til å kunne forsvare belastningene ved å gi slike medisiner mot pasientens vilje, sier han.

Han sier tvangsmedisineringen i de to sakene ikke oppfyller vilkårene i gjeldende Lov om psykisk helsevern. Der fremgår det av § 4-4 at det skal ha vært forsøkt oppnådd samtykke fra pasienten om ikke slikt samtykke er åpenbart nytteløst. Det er også et vilkår at behandlingen med stor sannsynlighet kan føre til helsebedring, vesentlig bedring, eller at pasienten ikke blir vesentlig verre, og at den positive virkningen oppveier eventuelle bivirkninger.

– Vilkåret om «stor sannsynlighet» er ikke oppfylt i svært mange tilfeller, det fremgår klart av pasientjournalene i våre to saker. Behandlingen strider mot Grunnloven og menneskerettskonvensjonene, hevder Andenæs.

Andenæs sier til Psykologtidsskriftet at det vil bli et sentralt spørsmål for retten om tvangsmedisinering tilfredsstiller kravet om forholdsmessighet. Han mener effektene av nevroleptika er så pass omstridt, og at det å tvinge medisinerne på folk, neppe kan sies å være forholdsmessig.

– Man skal simpelthen vite at legemidlene man påtvinger pasienten, virker. Hvis ikke er det lovbrudd, sier Andenæs, som er professor i jus med menneskerettigheter som spesialfelt.

– Dette er noe av det vi vil bruke tid på i rettsforhandlingene og føre bevis for hvis vi får gå videre med saken, sier han.

FORELDET?

I første omgang skal retten ta stilling til om foreldelsesfristen for krav om erstatning er overholdt, og om de to saksøkerne i det hele tatt får spørsmålet om erstatningsansvar opp for retten. Mandag 20. juni innledet partene forhandlingene om blant annet dette spørsmålet i Oslo tingrett.

Bjarne Snipsøyr og Kristoffer Nerland hos Regjeringsadvokaten prosederer på vegne av



REVOLUSJON Inger-Mari Eidsvik og Merete Nesset vil ha erstatning for menneskerettsbruddene de mener psykisk helsevern har utsatt dem for, og vil forby tvangsmedisinering.

staten ved helse- og omsorgsdepartementet. De fremholder at saksøkerne har overskredet foreldelsesfristen når det gjelder erstatningsansvar, og at staten derfor bør frifinnes. I retten prosederte de på at Nesset og Eidsvik burde ha gått til sak tidligere fordi de lenge før foreldelsesfristen gikk ut, hadde nødvendig kunnskap om skadene de mener de er blitt påført.

Andenæs avviser at saken er foreldet. Han påpeker at det tar lang tid å komme seg etter en alvorlig psykisk lidelse.

– Krenkelsen av saksøkernes psykiske og fysiske integritet gjennom tvangsmedisinering, beltelegging og isolasjon har i tillegg påført saksøkerne store traumer. Frykten og redselen som krenkelsene har skapt, har gjort det svært krevende å ta opp kampen mot systemet som påførte dem skadene, sier han.

Han mener saksøkernes sårbare posisjon i realiteten har gjort det umulig for dem å skaffe seg kunnskapen som er nødvendig for å gå til søksmål tidligere. Andenæs prosederer saken for Eidsvik og Nesset sammen med Stine Moen og Gro Hermansen i Fønix advokater.

OPPREISNING OG ERSTATNING

Utover erstatning og oppreisning har Eidsvik og Nesset en politisk agenda: Blant annet ønsker de et forbud mot tvangsmedisinering.

– Det er i så fall et politisk spørsmål, sier de.

– *Hva kunne ha vært alternativet til tvangsbehandlingen dere har vært utsatt for?*

– Verdens helseorganisasjon (WHO) har utarbeidet en veileder med praktiske eksempler på hvordan psykisk helsevern kan organiseres i tråd med menneskerettighetene; uten bruk av tvangsmidler og med svært lite bruk av medisiner. Vi mener Norge er forpliktet til å følge disse retningslinjene der dialogbaserte praksiser står sentralt.

– Det trengs et oppgjør med sykdomsmodellen som fortsatt dominerer psykisk helsevern i Norge, sier de.

Eidsvik og Nesset sier de er villige til å ta saken helt til Den europeiske menneskerettsdomstolen i Strasbourg (EMD) om de ikke får gjennomslag i norsk rett. De var innlagt siste gang i henholdsvis 2016 og 2015 og mener det er en stor belastning å gå til rettslige skritt etter det de har vært utsatt for.

– Vi risikerer å måtte betale for saksomkostningene selv, sier de.

Det er en pro bono-gruppe etablert av ICJ-Norge som nå har gjort det mulig for dem å ta ut stevning mot staten. ICJ-Norge er en nasjonal avdeling av International Commission of Jurists (ICJ). Organisasjonens formål er blant annet å forsvare universelle menneskerettigheter. »

– Det trengs et oppgjør med sykdomsmodellen som fortsatt dominerer psykisk helsevern i Norge

*Merete Nesset og
Inger-Mari Eidsvik*



AVVIKLING Sjefpsykolog Asbjørn Kolseth sier avdelingen han jobber på, har en nullvisjon for bruk av tvangsmidler, men at de ofte er nødt til å ta dem i bruk for avverge fare. Foto: Øystein Helmikstøl

Tvang i psykisk helsevern

- I 2021 var andelen pasienter i døgnbehandling med minst ett tvangsmiddelvedtak på cirka ni prosent, omtrent det samme som året før.
- Bruk av tvangsmidler er i hovedsak knyttet til akutt- og sikkerhetspsykiatri.
- Andel øyeblikkelig hjelp-innleggelse ved helseforetakene utgjorde i 2020 samlet sett 74 prosent av innleggelsene. Andelen økte i alle regioner. Totaltallet var 43 780 øyeblikkelig hjelp-innleggelse.
- Tvangsmidler kan tas i bruk overfor innlagte pasienter for å hindre at de skader seg selv eller andre, eller for å avverge materielle skader.
- Det kan brukes mekaniske virkemidler, isolasjon og korttidsvirkende legemidler. Mekaniske tvangsmidler og isolasjon skal ikke brukes for personer under 16 år.
- Skjerming kan brukes om det er nødvendig av hensyn til pasienten selv eller andre.

Kilde: Helsedirektoratet

- SOM Å TA BORT ANESTESI

I 2020 utgjorde øyeblikkelig hjelp-innleggelse ved helseforetakene cirka 74 prosent av innleggelsene, ifølge Helsedirektoratet. De fleste tvangsmiddelvedtak fattes på akuttavdelinger og sikkerhetsavdelinger. Totalt i døgnbehandling opplevde cirka ni prosent av pasientene minst ett tvangsmiddelvedtak i 2021.

Sjefpsykolog Asbjørn Kolseth ved akuttpsykiatrisk avdeling på Oslo universitetssykehus opplyser at godt over halvparten av pasientene på avdelingen er innlagt på tvang.

– Andelen tvangsinnleggelse er stigende, og de innlagte er sykere enn før. For hvert år øker skadene på personalet, sier han.

Sjefpsykologen har ikke selv fulgt rettssaken i Oslo tingrett, men sier han har vanskelig for å se for seg et generelt forbud mot tvangsmedisinering i psykisk helsevern slik saksøkerne ønsker seg.

– Det vil være det samme som å ta bort anestesi på en akuttpost i somatikken. I realiteten ville det innebære å avvikle akutt psykisk helsevern. Flere pasienter ville forkomme eller bli sittende i fengsel, sier han.

Kolseth sier avdelingen han jobber på, har en nullvisjon for bruk av tvangsmidler, men at de ofte er nødt til å ta dem i bruk for avverge fare, slik tvangslovgivningen foreskriver.

– Oppstår en farlig situasjon, er vi nødt til å ta kontroll; enten i form av medisiner, skjerming, eller i form av beltelegging hvis folk går til angrep på oss.

– Kan du forstå at enkelte pasienter opplever tvangsmiddelbruk som et brudd på fundamentale menneskerettigheter?

– Jeg har forståelse for at enkelte har blitt møtt på en måte som gjør at de havner i en livslang krig med psykisk helsevern. De kan ha vært utsatt for malpraksis, eller det kan være en funksjon av sykdommen.

Han mener tvangsmidler som tvangsmedisinering, ofte vil være nødvendige for å komme i posisjon til å tilby for eksempel psykososiale tiltak, alt fra det å ta en dusj til samtalerterapi.

Men tvangen må gjøres på en nennsom måte, understreker han.

– Vi må ta på alvor hvis pasienten for eksempel har negative erfaringer med tvangsmedisinering fra tidligere. Det du vinner med tvangsbruk, skal være mer enn det du taper, sier Kolseth.

✘ »

Tung vitneliste

Om tingretten avgjør at foreldelsesfristen ikke er overskredet og påstandene om menneskerettighetsbrudd skal prøves for retten, ønsker saksøkerne å føre følgende vitner:

Joanna Moncrieff, psykiater og professor ved University College London. Hun kan forklare seg om psykoser, nevroleptika, og hva stoffene gjør med hjernen og kroppen.

Robert Whitaker, vitenskapsjournalist og forfatter. Han kan forklare seg om virkningene av nevroleptika, hvordan farmaindustrien påvirker forskningen på nevroleptika og alternativer til nevroleptika i behandlingen.

Trond Aarre, psykiater og avdelingsleder ved Nordfjord psykiatrisenter. Han kan opplyse om kunnskapsgrunnlaget for bruk av nevroleptika, og effekten de har på hjernen og kroppen. Han kan også belyse hvorvidt tvangsbehandling av psykosetilstander er nødvendig.

Olav Nytingnes, psykolog og postdoktor ved Avdeling for helsetjenesteforskning og FOU-avdeling psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus. Han kan blant annet forklare seg om hvordan pasienter opplever tvang.

Tonje Lossius Husum, psykolog og professor i psykisk helsearbeid ved Oslo MET kan forklare seg om skadevirkningene ved skjerming og isolasjon.

Nora Sveaas, psykolog og professor emeritus ved Universitetet i Oslo. Hun kan forklare seg om skadevirkningene ved isolasjon.

Magnus Hald, overlege og psykiater ved medisinfri enhet i Tromsø kan forklare seg om skadevirkningene av nevroleptika.

Ragnfrid Kogstad, professor ved Høgskolen i Innlandet. Hun kan forklare seg om bruk av nevroleptika i Norge, brukeropplevelser med tvang og brudd på menneskerettighetene i norsk psykiatri

Jaakko Seikkula, psykolog og forsker. Han kan forklare seg om Åpen dialog i Finland og hvordan de behandler pasienter med akutte psykoser uten medisiner.



FOTO: THOR BRØDRÆSKIFT / LUIS

Mobbing på arbeidsplassen

I sitt doktorgradsprosjekt fant Sarah Helene Aarestad at 26 % av pasienter med angst og depresjon i spesialisthelsetjenesten, har opplevd mobbing på arbeidsplassen.

Mobbing på arbeidsplassen fører til alvorlige mentale og psykosomatiske helseplager med økt risiko for sykemelding og utstøting fra arbeidslivet. I prosjektet til Aarestad, som har vært et samarbeid mellom Universitetet i Bergen og Poliklinikken Raskere tilbake ved Diakonhjemmet Sykehus, undersøkte hun forekomsten av mobbeofre i spesialisthelsetjenesten og behandlingen av helseplager hos denne pasientgruppen.

Hele 26 % av pasientene ved Raskere tilbake-klinikken hadde vært utsatt for mobbing på arbeidsplassen. Disse pasientene rapporterte mer alvorlige helseplager, lavere arbeidsøvn og lavere jobbtilfredshet sammenlignet med andre pasienter ved klinikken. Nesten dobbelt så mange var fulltidssykemeldt.

Videre fant Aarestad at resiliens ikke var en beskyttende faktor, selv om personer med mer resiliens i utgangspunktet hadde en høyere forventning om å mestre oppgaver og situasjoner på jobben sammenlignet med de som rapporterte lavere resiliens.

Kognitiv terapi med jobbfokus viste seg være en effektiv behandling som reduserte symptomer i begge pasientgruppene. Behandlingen hadde en positiv effekt på arbeidsdeltakelse, men det var kun et mindretall av de mobbede som kom tilbake i full jobb i løpet av behandlingen. Resultatene indikerer at pasienter utsatt for mobbing kanskje trenger mer tid eller en ekstra komponent i behandlingen.

Kilde: Universitetet i Bergen



TEKNOLOGI I BAKLOMMA Dagens ungdom vokser opp med mobilen i baklomma, men vi vet lite om hvordan den påvirker de unges mentale helse.

FORSKNINGSINTERVJU

Digitale blindflekker

Stipendiat Luisa Fassi forsker på ungdommers bruk av sosiale medier og psykisk helse. – Hovedbudskapet er at vi ikke har kommet langt nok til å stemple sosiale medier som enten utelukkende bra eller dårlig.

TEKST OG FOTO

Nora Skjerdingsstad

Dagens ungdom er en del av den første generasjonen som vokser opp med sosiale medier og skjermer gjennom hele ungdomstiden. På starten av 2000-tallet ble giganter som Facebook, Twitter og Instagram lansert, og sosiale medier har blitt en stadig større del av det sosiale landskapet ungdom navigerer i.

Samtidig med den teknologiske utviklingen har longitudinelle studier vist at ungdommenes psykiske helse stadig blir verre. Disse parallelle trendene har lagt grunnlaget for spekulasjoner om sosiale medier og skjermbruks negative effekt på mental helse.

Forskningen på sosiale medier og mental helse hos ungdom er slett ikke klokkeklar, hel-

ler det motsatte. Psykologtidsskriftet har snakket med stipendiat Luisa Fassi i forskningsgruppen Digital Mental Health ved Cambridge University om utfordringer og muligheter med forskning på sosiale medier, skjermbruk og mental helse.

SOSIALE MEDIER = SYNDEBUKK?

Interessen for hvordan skjermbruk påvirker unges mentale helse, har ført til en akkumulativ økning i empiriske studier som utforsker denne relasjonen.

– *Hva vet vi om hvordan sosiale medier påvirker unges psykiske helse?*

– Hittil har ikke forskningen noen konsistente funn. Noen studier har funnet at sosiale medier har en fordelaktig effekt på mental helse, mens andre studier har funnet at sosiale medier påvirker den mentale helsen negativt.

Og generelt sett er disse effektene små.

Litteraturen er imidlertid preget av at sosiale medier har blitt konseptualisert og målt som antall timer man bruker på sosiale medier.

– Typen informasjon vi har om sosiale medier, er i hovedsak basert på selvrappertert tid brukt på sosiale medier, som betyr at ungdommer i dette tilfellet svarer på spørsmål som «Hvor mange timer bruker du på sosiale medier per dag?».

At vi måler sosiale medier som antall timer man bruker foran en skjerm, er ikke sammenfallende med det mangefasetterte begrepet. Å passivt scrolle på skjermen før leggetid er noe annet enn å lage videoer på TikTok. Innholdet på Instagram endrer seg etter hvilke typer aktivitet og bilder man trykker inn på og liker. Å måle antall timer ungdommene bruker, gir derfor et uklart og lite presist bilde på hvordan det henger sammen med mentale helseutfall.

Hvor mange timer ungdommene bruker foran mobilskjermen, er ikke nødvendigvis en indikator på skadelig bruk av sosiale medier.

– Spørsmålet om sosiale medier påvirker unges mentale helse, er et spørsmål som ikke lett lar seg besvare vitenskapelig. Det er vanskelig fordi spørsmålet favner så bredt. Sosiale medier kan være mange forskjellige ting, fra antagelser og tanker man har om sin egen skjermbruk, til ulike aktiviteter man kan engasjere seg i digitalt.

At sosiale medier kan konseptualiseres og måles på så mange forskjellige måter, gjør at det er desto viktigere å nærme seg spørsmålet på en spesifikk måte, presiserer Fassi.

– Vi kan ikke bare spørre oss selv om sosiale medier er bra eller dårlig, men heller om det er visse typer aktiviteter eller spesifikke måter vi måler sosiale medier på, som henger sammen med mentale helseutfordringer, forklarer Fassi.

FRA NYE VINKLER

Mesteparten av studiene som er gjennomført, er dessuten studier som måler sosiale medier-bruk og mental helse ved ett tidspunkt. Det vil si at deltagerne ikke måles over tid, men at studiene samler data ved ett måletidspunkt. Dette legger igjen føringer for hvordan vi kan tolke resultatene.

– Når vi ikke har longitudinelle målinger av de samme individene over tid, kan vi ikke si noe om retningen til assosiasjonene vi finner. Vi kan ikke påvise om det er sosiale medier som fører til en økning i psykiske problemer, eller den andre veien, fordi vi ikke kan si noe om det tidsmessige forholdet mellom de to variablene fra én måling.



FORSKER PÅ SOSIALE MEDIER Stipendiat ved Cambridge Luisa Fassi sier at forskningen ikke har vist tydelige assosiasjoner mellom sosiale medier og psykisk helse. Foto: Erasmus University Rotterdam





Foreldre, lærere og helsearbeidere vet lite om det digitale landskapet ungdommene ferdes i

Det er prematurt å stemple sosiale medier som syndebukk i den økende trenden i mentale helseproblemer. I forskningsgruppen til Fassi jobber de med å se forskningsspørsmålet fra nye vinkler.

En nylig publisert studie fra forskningsgruppen har vist at forholdet mellom bruk av sosiale medier og livstilfredshet endrer seg over ungdomstiden. Studien, som er ledet av Amy Orben, fant at assosiasjonen mellom selvrapportert sosiale medier-bruk og livstilfredshet var mer negativ hos yngre ungdommer.

– Studien viste også at det finnes perioder i utviklingen hvor ungdom er mer sensitive for effekten av sosiale medier-bruk.

Dette sensitivitetsvinduet var mellom 11 og 13 år for kvinner, og for menn var den samme perioden mellom 14 og 15 år. Disse funnene kan peke på at forskjeller i modningsprosesser hos gutter og jenter legger føringer for i hvilken tid man er mest utsatt for negativ påvirkning fra sosiale medier.

MANGEL PÅ KLINISKE UTVALG

Utviklingsmessige faktorer begynner altså å innlemmes i vår forståelse av hvordan sosiale medier og skjermbruk påvirker den mentale helsen. Imidlertid er de aller fleste studiene, også den ovennevnte, gjennomført på normalbefolkningen.

– Det er problematisk fordi vi ikke vet om denne kunnskapen kan overføres til kliniske grupper, påpeker Fassi.

– En del av mitt arbeid fremover blir å undersøke eksisterende forskning på kliniske populasjoner for å sammenligne effektene av sosiale medier på mental helse på tvers av kliniske og ikke-kliniske grupper.

Fassi peker på to ting som blir viktig for å utvide kunnskapen på feltet.

– For det første tror jeg det blir viktig å gå bortenfor målinger av tidsbruk på sosiale medier og utforske ulike typer aktiviteter som ungdommer engasjerer seg i på nett. Jeg er også veldig interessert i hvordan ungdommer selv tenker rundt og forholder seg til sin egen digitale aktivitet. Jeg tror innsikt i hvordan slike oppfatninger er assosiert med mental helse, blir interessant å utforske fremover.

For det andre, presiserer Fassi, er utfallsmål som er brukt i litteraturen, hovedsakelig livstilfredshet (well-being) og ikke symptomer på psykiske lidelser.

– Derfor mener jeg også at det blir viktig å se mer spesifikt på ulike typer psykopatologi og hvordan disse henger sammen med bruk av sosiale medier. Forskningen må gi plass til å differensiere både når det kommer til ulike aspekter ved sosiale medier og ulike typer psykiske lidelser.

Som flere andre unge forskere bedriver Fassi åpen forskning og fremmer det gjennom gruppen RIOT, som står for Reproducible, Interpretable, Open og Transparent. Fassi mener at Open Science blir viktig for at vi de neste årene kan utforske svært komplekse problemstillinger blant annet gjennom tilgjengeliggjøring av store datakilder.

– Styrken ved at data og kode gjøres tilgjengelig, er at vi kan gjennomføre studiene våre på større utvalg.

MØRKE DIGITALE ROM

– Det er imidlertid viktig å presisere at vi ved å svare på forskningsspørsmål ved å aggregere informasjon fra store utvalg ikke nødvendigvis kan oversette denne informasjonen til den enkelte ungdommen.

Fassi påpeker at å skreddersy intervensjoner vil være viktig også etter vi får mer innsikt i hvordan sosiale medier påvirker psyken.

Som psykolog som arbeider med barn og unge, kan det i mange tilfeller være vanskelig å få tilgang til de unges indre verden. Det er mange utfordringer med den eksploderende veksten av teknologi og sosiale medier.

– Noen ganger er ikke de som arbeider med unge, klar over hvilke digitale plattformer ungdommene navigerer i. Foreldre, lærere og helsearbeidere vet lite om det digitale landskapet ungdommene ferdes i, hva ungdommer kan og ikke kan gjøre på internett. Og fordi forskningen enda ikke kan si noe sikkert om effektene av sosiale medier, er det vanskelig å formulere klare retningslinjer omsorgspersoner kan lene seg på.

– Mange som jobber tett med barn og unge, vil føle seg uvitende, samtidig som man har lyst til å gjøre noe aktivt for å hjelpe ungdommen med å bruke sosiale medier på en hensiktsmessig måte.

Fassi peker på at kommunikasjon på tvers av ungdommer og voksne blir viktig når litteraturen er i en prematur fase: Hva er trendene i sosiale medier-bruk, hva bruker ungdommene tid på i sosiale medier, og hvordan blir de påvirket av det? er problemstillinger som bør få plass i samtaler i og utenfor terapirommet. ✕

REFERANSER

- Orben, A. (2020). Teenagers, screens and social media: a narrative review of reviews and key studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(4), 407–414. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01825-4>
- Orben, A., Przybylski, A., Blakemore, S. & Kievit, R. (2022). Windows of developmental sensitivity to social media. *Nature Communications*, 13(1), 1649. <https://doi.org/10.1038/s41467-022-29296-3>



FOTO: RBUP ØST OG SØR

PRISVINNER Førsteforfatter Siri Saugestad Helland er forsker ved Seksjon for tjenesteforskning og innovasjon ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, RBUP Øst og Sør.

Hedret for artikkel om kommunepsykologer

Siri S. Helland, Kristian Rognstad, John Kjøbli, Anneli Mellblom og Agathe Backer-Grøndahl tildeles Bjørn Christiansens minnepris for 2022 for sin artikkel om psykologer i kommunene.

Helland et al.s artikkel *Psykologer i kommunen: En kartlegging av tjenester for barn og unge med psykiske vansker* baserer seg på en spørreskjemaundersøkelse blant kommunalt ansatte i psykisk helsetjeneste for barn og unge. I studien har Helland og medforfatterne blant annet sett nærmere på utfordringer i det kommunale helsetjenestetilbudet til barn og unge og psykologenes rolle. De 139 psykologene som deltok i undersøkelsen rapporterte at en stor andel av klientene hadde alvorlige eller langvarige psykiske vansker. Blant oppgavene de utførte, var det en overvekt av individrettet arbeid. Psykologene ga uttrykk for at de ønsket mer samarbeid med andre profesjoner og mellom tjenestenivåer.

Juryen begrunner pristildelingen med at artikkelen omhandler et særlig tidsaktuelt og praksisnært tema, som kan bidra til videre utvikling og kvalitetsheving av psykologenes arbeid i kommunene.

Bjørn Christiansens minnepris tildeles årlig til et betydningsfullt fagfelleverdert bidrag som har vært publisert i *Psykologtidsskriftet* (se statutter for prisen på *Psykologtidsskriftets* nettsider).

I 2021 publiserte *Psykologtidsskriftet* 15 vitenskapelige tekster, og seks originalartikler og to artikler i sjangeren evidensbasert praksis var nominert. Juryen, som besto av de 12 medlemmene i tidsskriftets nyslåtte redaksjonsråd, samlet seg ganske enhetlig om prisvinnerartikkelen.

Vinnerartikkelen ble publisert i tidsskriftets juniutgave i 2021.

DET POLITISKE DYRET

Et essay om politisk personlighet, arvbarhet, Putin og lover i psykologisk vitenskap.

TEKST

Thomas H. Kleppestø

KONTAKT

ThomasHaarklau.

Kleppesto@fhi.no

ET VIKTIG SPØRSMÅL innenfor politisk psykologi er om folks politiske holdninger har en underliggende struktur.

Mange har merket at man kan gjette seg til en persons politiske holdninger ut fra andre holdninger de har. For eksempel vil personer som ønsker strenge abortlover, også ha streng innvandringskontroll. Hvis noen er opptatt av å redusere økonomisk ulikhet, er de gjerne opptatt av klimapolitikk. Om noen ønsker å innsette diskriminerende lover mot jøder, vil de antagelig mene det samme om homofile. Politiske holdninger har med andre ord en tendens til å *samvariere*.

En intuitiv måte å strukturere samvariasjon i politiske holdninger på er den klassiske venstre-høyre-aksen. Dette stammer fra den franske revolusjonen i 1789, hvor de som var for status quo, satt til høyre i forsamlingshuset, og de som var mot, satt på venstre side. Slike spenninger mellom stabilitet og forandring er en klassisk ideologisk konflikt.

Men om man foretrekker forandring eller ikke-forandring, så er det nødvendig å ha et makthierarki som håndhever politiske preferanser. Dette er tilfellet både i moderne tid og gjennom vår evolusjonære historie.

POLITISKE PERSONLIGHETSTREKK

Tidligere forskning i politisk psykologi har avdekket at hierarki-relaterte personlighetstrekk er en underliggende faktor som henger sterkt sammen med politiske holdninger, inkludert fordomsfulle holdninger. To sentrale målverktøy er sosial dominansorientering (SDO, se Sidanius & Pratto, 1999) og høyrevridd autoritarianisme (RWA, se Altemeyer, 1981; Zakrisson, 2005). Begge er måleverktøy jeg og kolleger ved UiO har brukt på norske tvillinger som del av mitt doktorgradsarbeid (se for eksempel Kleppestø et al., 2019).

Sosial dominansorientering måler i hvor stor grad man foretrekker at hierarkier mellom grupper skal opprettholdes og/eller forsterkes (for eksempel mellom klasser eller etnisiteter). Skårer man høyt, ønsker man tydelige hierarkiske forskjeller mellom folk. Skårer man lavt, vil man ha et egalitært samfunn. Eksempler på ledd man kan si seg enig i, er «et ideelt samfunn forutsetter at noen grupper er på toppen og andre er på bunnen» eller «noen grupper av mennesker må holdes på sin plass».

Høyrevridd autoritarianisme fanger opp i hvor stor grad man foretrekker å underordne seg autoriteter og tradisjonelle normer. Eksempler på ledd her er «landet vårt trenger en sterk leder for å nedkjempe radikale og umoralske strømninger» og «det ville vært best om aviser ble sensurert så folk ikke hadde tilgang til destruktivt og forkastelig materiale».

Vi har replisert funn som har vist at politiske holdninger henger tett sammen med disse



dominerende og autoritære personlighetstrekkene. Og vi finner at sammenhengen mellom politiske holdninger og autoritære/dominerende trekk skyldes felles genetiske effekter (såkalt pleiotropi, se Klepppestø et al., 2019). Det vil si at sammenhengen mellom politisk personlighet og politiske holdninger (for eksempel mellom sosial dominansorientering og om man ønsker strengere straff for kriminelle) styres av de samme genvariantene som bidrar *både* til å utvikle politiske personlighetstrekk og til de konkrete politiske holdningene.

BARNDOM OG POLITIKK

Ideen om en egen politisk personlighet går tilbake til Adorno og tre av hans kolleger som like etter holocaust prøvde å forstå hvordan antidemokratiske og antisemittiske bevegelser ble så raskt populære i Tyskland. I boken *The Authoritarian Personality* (1950) utfordret de tanken om at nazismen kan reduseres til nisjepolitikk, og de forsøkte heller å undersøke fenomenet ved å utbrodere fascistens psyke og hvordan den utvikles.

Adorno, som de fleste politiske psykologer etter ham, har ment at antidemokratiske holdninger, samt autoritære og dominerende trekk, har sitt opphav i barndommen, og da spesielt tidlig sosialisering fra foreldre. I *The Authoritarian Personality* gjennomgår kliniske intervjuer av mennesker med etnosentriske holdninger, og forfatterne konkluderer blant annet med at antisemittisme stammer fra et ambivalent forhold til en dominerende farsfigur. Moderne teorier som bringer sammen sosial dominansorientering og authoritarianisme (for eksempel Duckitt, 2001), foreslår også miljømekanismer, som at høy sosial dominansorientering kommer av ukjærlige foreldrestiler som gir grobunn for å tenke at verden er utrygg, og dermed at verden er en amoralsk kamp for ressurser mellom grupper (som er kjernen i høy sosial dominansorientering).

Tvilling- og familiestudier er et godt verktøy for å teste slike miljøhypoteser. Man kan modellere effekten av genetikk, hjemmemiljø og unikt miljø på et separat trekk, men også se om *samvarians* mellom flere ulike trekk kan tilskrives gener eller miljøfaktorer.

Man kan lure på om korrelasjoner mellom tilknytning og politisk personlighet skyldes at hjemmemiljøet skaper en slik sammenheng. Vi har sett på akkurat dette (Klepppestø et al., 2021). Vi fant at politiske personlighetstrekk ikke samvarierer med tilknytningsstiler. Dessuten forklarer familiemiljø veldig lite av variasjonen i både tilknytning og politisk personlighet – de forklares av genetisk variasjon og tilfeldigheter.

Disse funnene gir ikke rom for at hjemmemiljøet skal forårsake hverken tilknytningsstiler eller politisk personlighet. Vi må tenke annerledes.

PUTIN OG AKTIV GEN-MILJØ-KORRELASJON

Hvordan er det mulig at politiske holdninger er delvis arvbart? Har vi gener for konservatisme, liberale og progressive politiske ideologier? Gener for Venstre, Høyre, KrF, og AP? Det er ikke så direkte. Antagelig påvirker genetisk variasjon mer grunnleggende politiske personlighetstrekk (som sensitivitet for makthierarkier), som igjen vil ha en selvforsterkende effekt på individet ved at individet selekterer sine miljøfaktorer, som hvilke venner de oppsøker, hva slags litteratur de leser, hvilken karriere og partner de velger, også videre. Dette kalles aktiv gen-miljø-korrelasjon.

I Masha Gessens (2012) biografi om Putin, *Mannen uten ansikt*, skriver hen at Putin var opptatt av å bli KGB-agent allerede i tenårene. Da Putin



... funnene gir ikke rom for at hjemmemiljøet skal forårsake hverken tilknytningsstiler eller politisk personlighet. Vi må tenke annerledes

”

Like genetiske oppskrifter som «kjøres» i det samme miljøet vil med andre ord aldri skape det samme individet med helt like psykologiske egenskaper

endelig fikk arbeide der som 23-åring, bedrev han etterretningsarbeid med mål om å nedkjempe interne dissidenter og andre mennesker som kunne tenkes å være avvikende. Som president i 2012 var Putin med på å innsette en ny russisk homofil propagandalov som blant annet gjorde regnbueflagget ulovlig. Ønsket hans om å homogenisere befolkningens tanker ved å identifisere og fjerne dissidenter, samt å gå etter seksuelle minoriteter eller andre med ikke-tradisjonelle livsstiler, er klassiske tegn på høyrevridd authoritarianisme. Behovet for nasjonalistisk storhet og villigheten til å utvide ens territorium med makt er tegn på sosial dominansorientering. Disse trekkene ser ut til å ha vært til stede hos Putin lenge og har vokst seg sterkere og mer ekstreme over tid. Noen individer skårer høyt på begge skalaene samtidig, noe den politiske psykologen Altemeyer (2004) kaller for «double-highs». De kombinerer den sosiale dominansens manipulerings, amoral og makthunger med autoritariansmens religiøse dogmatikk og etnosentrisme, en kombinasjon av det verste fra begge personlighetstypene.

Tidlig interesse for autoritære og dominerende styresett, høy motivasjon for å være involvert i dette og forsterkning over tid kan tyde på at aktiv gen-miljø-korrelasjon er viktig for utviklingen av autoritære personligheter, slik som Putins. Men legg merke til at aktive gen-miljø-korrelasjoner likevel har genvarianter som *første* ledd i den kausale kjeden – individer med pre-eksisterende arvbare trekk *selvselekterer seg inn i passende miljøer*.

LOVER I PSYKOLOGISK VITENSKAP

Det er verdt å merke seg at gjennomsnittet for sosial dominansorientering og høyrevridd authoritarianisme er relativt lavt i norske utvalg (Kleppstø et al., 2019; Kleppstø et al., 2021). Gjennomsnittet varierer verden over, og viser hvordan historie, kultur og situasjon påvirker gjennomsnittet av politiske holdninger (Sidanius et al., 2000). Våre funn om arvbarehet av disse trekkene går inn i en lang forskningstradisjon i atferdsgenetikk som har antydnet lover som er overraskende konsistente i forklaringer på variasjon i flere helt forskjellige trekk, fra psykiske og somatiske sykdommer, til høyde, vekt, intelligens, personlighet, livstilfredshet og nå altså politisk personlighet (se Chabris et al., 2015; Turkheimer, 2000).

Med lover mener jeg ikke at forskjeller mellom mennesker kan predikeres med samme presisjon som generell relativitetsteori kan forklare den buede banen til et himmelobjekt. Men heller at de psykologiske lovene beskriver stabile statistiske mønstre. En av disse lovene er at ethvert psykologisk trekk som er presist målt og som varierer mellom folk, vil bli påvirket av gener som varierer mellom folk. En annen lov er at det å vokse opp i samme familie ikke gjør mennesker noe likere hverandre enn det en kunne forventet ut fra genetisk likhet.

Dette er kunnskap som har bygget seg opp fra flere datakilder med ulikt design. Adoptivsøsken blir ikke likere sine adoptivforeldre enn sine biologiske foreldre. Eneggede tvillinger som vokser opp i forskjellige hjem, korrelerer like mye i psykologiske trekk som tvillinger som vokser opp sammen. En metaanalyse som gjennomgikk tvillingstudier fra de siste 50 årene (Polderman et al., 2015), fant at den gjennomsnittlige korrelasjonen for alle trekk hos toeggede tvillinger var på .339, mens den var dobbelt så høy for eneggede tvillinger: .636. Siden eneggede tvillinger deler alle sine gener, mens toeggede deler halvparten, er dette nøyaktig

hva en ville forventet om likhet innad i familier skyldes effekten av felles genetikk.

Men hva med ulikheten mellom folk? Folk er jo veldig forskjellig innad i familier. Og dette bringes oss til nok en lov: Det er alltid slik at en substansiell del av variasjonen i psykologiske trekk skyldes ikke-genetiske faktorer. Men det er viktig å merke seg at den ikke-genetiske variasjonen som regel skyldes det såkalte *unike miljøet*. Det unike miljøet er den delen av varians i atferds-genetiske modeller som fanger opp forskjeller mellom familiemedlemmer.

Det unike miljøet er egentlig en misvisende betegnelse. Effekten fra det unike miljøet på psykologiske trekk kan antagelig ikke tilskrives tradisjonelle eksterne miljøeffekter som kan være unike for individet (mobbing på skolen, venner osv.), men heller tilfeldigheter som oppstår når menneskehjernens mange milliarder av nevroner sammenkoples. Menneskers individualitet er unngåelig fordi tilfeldigheter på det molekylære nivået spiller inn på hvordan nervesystemet utvikler seg (se Tikhodeyev & Shcherbakova, 2019). Eneggede tvillinger har alltid psykologiske ulikheter, de korrelerer aldri perfekt. Like genetiske oppskrifter som «kjøres» i det samme miljøet vil med andre ord aldri skape det samme individet med helt like psykologiske egenskaper.

Mange nye konsepter i psykologien har svak diskriminerende validitet (nye måleinstrumenter måler det samme som de gamle) fordi de best kan forstås som en del av femfaktor-personlighetstrekk, IQ eller andre sentrale mål på individuelle forskjeller. I vår forskning har vi funnet at politisk personlighet ikke utelukkende kan forklares av omgjengelighet og åpenhet. Politisk personlighet kan heller ikke forklares av tilknytningsstiler, og antagelig ikke av andre systematiske faktorer fra miljøet heller.

Så langt har studier vi og andre har utført, styrket ideen om at det finnes en politisk personlighet som varierer mellom folk. Vi har funnet at politisk personlighet er arvbart, og at den henger sammen med politiske holdninger på grunn av felles genetikk. Vi har vist at politiske holdninger antagelig ikke kan tilskrives tilknytningsstiler eller femfaktor-personlighet. Politisk personlighet ser ut til å stå på egne ben i menneskenaturen.

HVORFOR POLITISK PERSONLIGHET?

Hvorfor har vi en politisk personlighet i utgangspunktet? Et sentralt poeng er at makt og hierar-

kier har eksistert mye lenger enn moderne menneskelig historie. Alle dyr ønsker seg ressurser som mat, seksualpartnere og territorium. Disse ressursene er ikke ubegrensede. Det er derfor et evolusjonært prinsipp i hele dyreriket at et begrenset antall ressurser vil føre til konflikt (Petersen, 2015). Om noen for eksempel tok ens territorium med makt og en ikke har ressurser til å ta det tilbake, så er territoriet tapt.

Krigføring og folkemord går langt tilbake i vår evolusjonære historie. Arkeologer har vist at massegraver fra pleistocen, en geologisk tids-epoke fra omtrent 2,5 millioner år siden frem til omtrent 11 000 år siden, inneholder store mengder skjeletter av unge menn som ofte har våpenrelatert skade i skjelettet, typisk fra spyd (Bowles, 2009). Andre sosiale primater har også gruppebasert krigføring og driver med territoriell dominans (Boehm, 1999). Denne evolusjonære konteksten er antagelig mye av årsaken til at politiske personlighetstrekk har utviklet seg – de er til for å navigere i hierarkier og drive med gruppebasert krigføring.

Betyr dette at alle mennesker blir selektert for et uhemmet maktbegjær, samt autoritære og dominerende trekk?

Nei, ikke helt. Mennesker har levd i grupper gjennom hele sin evolusjonære historie og er også avhengig av samarbeid. Et interessant tegn på at det også finnes egalitære tendenser i vår natur, er at mennesker ofte misliker at noen forsøker å bli dominerende autokrater. Antropologen og primatologen Christopher Boehm (1999) forteller i sin bok *Hierarchy in the forest: The evolution of egalitarian behavior* om et intervju med en informant fra !Kung-samfunnet i Kalahariørkenen. Her meddeler informanten at «når unge menn suksessfullt går på jakt og kan bringe kjøtt tilbake til samfunnet de tilhører, så kan de tenke på seg selv som en sjef og en stormann. Dette kan vi ikke akseptere. Vi aksepterer ikke en som skryter, fordi en dag vil stoltheten hans få han til å drepe noen. Så vi sier alltid at kjøttet hans er verdiløst. På denne måten kjøler vi hjertet hans og gjør han skånsom.»

Hvis mennesker ikke var utstyrt med psykologiske tilpasninger som ga dem motivasjon for å oppsøke status for seg selv og autoritær dominering av andre, hadde det heller ikke vært nødvendig å holde unge maktsultne menn nede på jorda. At det er nødvendig med jantelov-lignende mekanismer for å «kjøle hjer-

»

”

Den eneste måten å korrigere for politiske feiltakelser på er åpen kritikk, akkurat som i vitenskap

tene», illustrerer hvordan mennesker holder kontroll på individer som blir for sultne på makt. Et noenlunde egalitært samfunn ser ut til å bli aktivt opprettholdt.

Det er ikke slik at alle ønsker å være autoritære diktatorer. Vår politiske personlighet er nettopp det – en personlighet som varierer mellom folk. En mulighet er at genvariantene som underligger både høy og lav sosial dominansorientering/autoritarianisme, kan være evolusjonære strategier som opprettholdes over tid. Å skåre høyt eller lavt kan ha styrker og svakheter for overlevelse og reproduksjon, avhengig av hvilken kontekst man er i.

KAN DIKTATORPROBLEMET LØSES?

Gitt at autoritære og dominerende trekk er arvbare og forsterkes over tid, er det noe vi kan gjøre med det? Jeg tror ikke løsningene er på individnivå, og definitivt ikke på gen-redigeringsnivå. Vi må regne med at mennesker som Russlands Putin, Saudi-Arabias Mohammed bin Salman og Syrias al-Assad fortsetter å dukke opp. Jeg tror at filosofen Karl Popper kom frem til løsningen på diktatorproblemet i sin bok *The Open Society and its Enemies*, hvor han på mesterlig vis forsvarer det liberale demokratiet. Han mener at den viktigste funksjonen til et demokrati er evnen til å kunne fjerne ubrukelige og umoralske ledere uten å benytte voldelig makt. Det utopiske forsøket på å ha en perfekt stat under sentralisert kontroll av noen få vil aldri fungere. Dette er fordi enkeltmennesker er feilbarlige. Den eneste måten å korrigere for politiske feiltakelser på er åpen kritikk, akkurat som i vitenskap. Alle diktatorer skjerner seg selv fra kritikk og vil aktivt ta grep for å forhindre kritikk mot dem eller deres ideologi. Derfor er løsningen på diktatorproblemet at vi må beskytte samfunnets evne til å ha åpne debatter gjennom lovverk, demokratiske institusjoner og så videre. Vi må ivareta evnen til å korrigere for politiske feiltakelser. Det skjer ved toleranse for meningsmangfold og fri kritikk. Dette er en kontinuerlig prosess. Fredelige, liberale demokratier er helt ekstraordinært i menneskelig historie – det er på ingen måte naturgitt. Derfor er demokratiet noe vi hele tiden må beskytte. ✕

REFERANSER

- Adorno, T., Frenkel-Brenswik, E., Levinson, D. J. & Sanford, R. N. (1950). *The authoritarian personality*. New York: Verso Books.
- Altemeyer, B. (1981). *Right-wing authoritarianism*. Winnipeg, Ontario: University of Manitoba press.
- Altemeyer, B. (2004). Highly dominating, highly authoritarian personalities. *The Journal of social psychology*, 144(4), 421–448.
- Boehm, C. (1999). *Hierarchy in the forest: The evolution of egalitarian behavior*. USA: Harvard University Press.
- Bowles, S. (2009). Did warfare among ancestral hunter-gatherers affect the evolution of human social behaviors? *Science*, 324(5932), 1293–1298.

- Chabris, C. F., Lee, J. J., Cesarini, D., Benjamin, D. J. & Laibson, D. I. (2015). The fourth law of behavior genetics. *Current Directions in Psychological Science*, 24(4), 304–312. <https://doi.org/10.1177/0963721415580430>
- Duckitt, J. (2001). A dual-process cognitive-motivational theory of ideology and prejudice. I M. P. Zanna (red.), *Advances in experimental social psychology* (bind 33, s. 41–113) Elsevier.
- Gessen, M. (2012). *Putin. Mannen uten ansikt*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Kleppestø, T. H., Czajkowski, N. O., Vassend, O., Røysamb, E., Eftedal, N. H., Sheehy-Skeffington, J., Kunst, J. R. & Thomsen, L. (2019). Correlations between social dominance orientation and political attitudes reflect common genetic underpinnings. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(36), 17741–17746.
- Kleppestø, T. H., Czajkowski, N. O., Vassend, O., Røysamb, E., Eftedal, N. H., Sheehy-Skeffington, J., Ystrom, E., Kunst, J. R., Gjerde, L. C. & Thomsen, L. (2021). Attachment and politics are two functionally distinct systems, and both share genetics with interpersonal trust and altruism. *PsyArXiv*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/3r9em>
- Petersen, M. B. (2015). Evolutionary political psychology. I D. M. Buss (red.), *The Handbook of evolutionary psychology* (bind 2, s. 1084–1102). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Polderman, T. J., Benyamin, B., De Leeuw, C. A., Sullivan, P. F., Van Bochoven, A., Visscher, P. M. & Posthuma, D. (2015). Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies. *Nature genetics*, 47(7), 702–709. <https://doi.org/10.1038/ng.3285>
- Sidanius, J., Levin, S., Liu, J. & Pratto, F. (2000). Social dominance orientation, anti-egalitarianism and the political psychology of gender: an extension and cross-cultural replication. *European Journal of Social Psychology*, 30(1), 41–67. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0992\(200001/02\)30:1<41::AID-EJSP976>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0992(200001/02)30:1<41::AID-EJSP976>3.0.CO;2-O)
- Sidanius, J. & Pratto, F. (1999). *Social dominance: An intergroup theory of social hierarchy and oppression*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Tikhodeyev, O. N. & Shcherbakova, O. V. (2019). The problem of non-shared environment in behavioral genetics. *Behavior genetics*, 49(3), 259–269. <https://doi.org/10.1007/s10519-019-09950-1>
- Turkheimer, E. (2000). Three Laws of Behavior Genetics and What They Mean. *Current Directions in Psychological Science*, 9(5), 160–164. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00084>
- Zakrisson, I. (2005). Construction of a short version of the Right-Wing Authoritarianism (RWA) scale. *Personality and individual differences*, 39(5), 863–872. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.02.026>

ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2022 VOL. 59 NR. 07 S. 622-631 DOI: <https://doi.org/10.52734/686YbY3R>

Psykologers erfaringer i videoveiledning - en kvalitativ studie

Sebastian Gulbrandsen¹, Line Gadolin¹, Eleni Borgund¹, Aslak Hjeltnes¹

Sammendrag

Bakgrunn: Veiledning basert på videoopptak av terapitimer har fått mer oppmerksomhet de siste årene, men vi mangler empirisk kunnskap om hvordan psykologer opplever denne formen for veiledning.

Målsetting: Å utforske psykologers opplevelser av faglig og personlig utvikling i videoveiledning.

Metode: Vi gjennomførte semistrukturerte intervjuer med ni psykologer som nylig hadde fått videoveiledning, og analyserte intervjutranskriptene ved hjelp av hermeneutisk-fenomenologisk tematisk analyse.

Resultat: Vi identifiserte tre tema: (1) En mer sårbar veiledningsopplevelse, (2) «Det vi trenger å bli bevisst på for å bli bedre terapeuter», og (3) «Det gjør meg tryggere som terapeut og person».

Konklusjon: Psykologer føler seg mer eksponerte og sårbare i videoveiledning, men opplever det som nyttig for å utvikle terapeutiske ferdigheter og fremme personlig utvikling. Veiledere bør være oppmerksomme på konkrete utfordringer knyttet til prestasjonsangst og læring i videoveiledning.

Nøkkelord: Videoveiledning, videobasert veiledning, terapeututvikling, målrettet trening, prestasjonsangst.

¹ Institutt for klinisk psykologi, Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen

KONTAKT

sebastian.gulbrandsen@gmail.com

MERKNAD

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter

FAGFELLEVDERT

Hvordan kan psykologer utvikle seg til å bli gode terapeuter? Veiledning har lenge vært en viktig arena for terapeututvikling (Bernard & Goodyear, 2019; Hill & Knox, 2013; Knox & Hill, 2021; Orlinsky et al., 2005), men nyere forskning tyder på at det er uklart om det fører til mer virksom behandling (Rousmaniere et al., 2016; Watkins, 2011). Forskere har påpekt viktige svakheter ved tradisjonell veiledning (Haggerty & Hilsenroth, 2011) og foreslått at videoveiledning, veiledning basert på videoopptak av psykologenes terapitimer, kan bidra til å imøtekomme disse utfordringene (Rousmaniere, 2017). Videoveiledning blir stadig mer vanlig og er i dag anbefalt eller påkrevd i amerikanske og britiske terapeututdanninger (American Psychological Association, 2014; Association for Counselor Education and Supervision, 2011). Vi har imidlertid lite empirisk kunnskap om hvordan det bidrar til psykologers faglige utvikling, og hvordan psykologer opplever denne formen for veiledning. I denne artikkelen presenterer vi hovedfunn fra en kvalitativ intervjustudie som undersøkte psykologers opplevelser av faglig og personlig utvikling i videoveiledning.

Bakgrunn

Forskning har vist at noen psykologer oppnår bedre resultater med pasientene sine enn andre (Castonguay & Hill, 2017; Okiishi et al., 2003), men vi vet lite om hvorfor. Verken erfaring, kurs, valg av terapimetode eller ekspertvurdert modelltrofasthet eller kompetanse har vist seg å predikere behandlingsutfall (Goldberg et al., 2016; Nissen-Lie et al., 2013; Wampold & Imel, 2015; Webb et al., 2010). Veiledning har lenge vært sentralt for terapeututvikling (Bernard & Goodyear, 2019; Orlinsky et al., 2005), men nyere studier finner liten eller ingen effekt av veiledning på behandlingsutfall (Rousmaniere et al., 2016; Watkins, 2011). Samtidig oppgir psykologer at veiledning er en av de viktigste faktorene i deres faglige utvikling (Orlinsky et al., 2001; Orlinsky & Rønnestad, 2005). Forskere har derfor undersøkt hvordan veiledning bedre kan fremme terapeututvikling (Rousmaniere, 2017).

Tradisjonell psykoterapiveiledning har tatt utgangspunkt i terapeutens beskrivelser av en pasient eller behandlingstime. Dette åpner for en rekke feilkilder som kan forringe læringsutbyttet av veiledning (Rousmaniere, 2017). Vår feilbarlige persepsjon og hukommelse kan føre til at psykologer ofte ikke får med seg, ikke husker eller har upresise minner om viktige hendelser i timene (Haggerty & Hilsenroth, 2011). Studier viser i tillegg at de fleste psykologer unnlater å avsløre vanskelige tema og hendelser for veileder (Ladany et al., 1996; Reichelt et al., 2009).

Viktig informasjon kan dermed gå tapt på veien fra terapirommet til veiledning. Dette gjør det vanskelig for veileder å vite med sikkerhet hva psykologene som de veileder, kunne gjort annerledes, hva de trenger å lære, og hvilke ferdigheter de bør forbedre.

Forskere har foreslått å imøtekomme disse problemene ved å bruke videoopptak av terapitimer som utgangspunkt for veiledning (Haggerty & Hilsenroth, 2011). Videoopptak gjør det mulig å lagre og formidle presis informasjon fra timene, og å følge pasienters verbale og nonverbale kommunikasjon og mikroprosesser (Levenson, 2006). Det gjør det også vanskeligere for psykologer å holde tilbake informasjon overfor veileder, og det gir bedre grunnlag for å evaluere effekten av psykologens intervensjoner, og for å vurdere om pasienter bedres eller forverres i løpet av terapien (Abbass, 2004). Det kan dermed bidra til å løse problemet med at psykologer ikke får veiledning for utfordringer de selv ikke er bevisst på eller unnlater å ta opp, og derfor ikke lærer det de trenger for å gi bedre behandling. Videoveiledning står i tillegg sentralt i målrettet trening for psykologer, noe som har fått økende oppmerksomhet de siste årene (Rousmaniere, 2017).

Samtidig finnes det motforestillinger mot videoveiledning. Enkelte har ytret bekymring for at videoopptak av timer kan være en trussel mot pasienters konfidensialitet (McMahon & Ledden, 2019), men dette kan ivaretas med gode rutiner for informert samtykke og sikker lagring av videoopptakene (Haggerty & Hilsenroth, 2011). Andre har hevdet at pasientens terapeutiske prosess kan bli forstyrret av å ha et kamera i rommet (Gossman & Miller, 2012). Pasienter oppgir imidlertid at de fort blir vant til kameraet, og sier de er fornøyd med at det gjør psykologen i stand til å gi dem bedre terapi (Aveline, 1992). Forskningen tyder dermed på at fordelene pasienter opplever, veier opp for ulempene. Det forskningen sier mindre om, er hvordan psykologer opplever veiledning basert på videoopptak av behandlingstidene deres.

De få studiene som tidligere har undersøkt psykologers opplevelser i videoveiledning, viser at psykologer vurderer det som viktig for deres faglige utvikling, og en kvalitetssikring av arbeidet deres, men at det også kan gjøre dem mer engstelige, både i timen som filmes og i veiledning (Brown et al., 2013; Gossman & Miller, 2012; McMahon & Ledden, 2019; Routon, 2017). Studiene har imidlertid viktige begrensninger. I én studie hadde de fleste deltakerne samme terapiteoretiske bakgrunn (McMahon & Ledden, 2019), noe som gjør det vanskelig å vite om resultatene kan knyttes til videoveiledning som sådan, eller om det kun gjelder for videoveiledning innen én terapitradisjon. To av stu-

diene fokuserte på psykologers opplevelse av timene som ble filmet, og belyste derfor i mindre grad opplevelsen av selve veiledningstimen (Brown et al., 2013; Gossman & Miller, 2012). To var basert på spørreundersøkelser (Brown et al., 2013; McMahon & Ledden, 2019) og undersøkte dermed ikke deltakernes opplevelser i dybden. I den ene studien hvor det ble gjort dybdeintervjuer med fokus på opplevelsen av veiledningssituasjonen, var alle deltakerne under utdanning for å bli familierapeuter, få av dem hadde erfaring med videoveiledning fra før, og det var to veiledere som veiledet alle deltakerne (Routon, 2017). Disse begrensningene indikerer et behov for mer empirisk dybdekunnskap om hvordan psykologer opplever videoveiledning i ulike terapimetoder.

Tidligere studier har også vist at psykologer opplever mer selvksept og bedre relasjonelle ferdigheter i privatlivet som følge av veiledning (Pascual-Leone et al., 2012), og personlig utvikling blir av mange sett på som en sentral del av terapeututviklingen (Geller et al., 2005; Rogers, 1961). Det finnes imidlertid ikke forskning som har utforsket hvorvidt dette også gjelder videoveiledning.

I denne studien ville vi undersøke hvordan ferdigutdannede psykologer fra ulike terapiteoretiske retninger opplever videoveiledning, og veiledningens betydning for deres faglige og personlige utvikling. Da dette er et relativt uutforsket område, valgte vi å gjennomføre en kvalitativ intervjustudie, som er velegnet til eksplorerende undersøkelser på felt hvor det er behov for empirisk kunnskap (Binder et al., 2012). Vi undersøkte følgende forskningsspørsmål: Hvordan opplever psykologer faglig og personlig utvikling i videoveiledning?

Metode

Metodologisk tilnærming

Vi utforsket forskningsspørsmålet med semistrukturerte, eksplorerende dybdeintervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009). For å forstå og beskrive deltakernes opplevelser tok vi utgangspunkt i tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006), informert av en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming (Binder et al., 2012). Tematisk analyse er en strukturert, men fleksibel tilnærming til analyser av kvalitative datasett. Tilnærmingen har som mål å identifisere fellestrekk og ulikheter mellom deltakernes svar, og beskrive overordnede tema som kan bidra til å forstå deltakernes erfaringer (Braun & Clarke, 2006). Den hermeneutisk-fenomenologiske tilnærmingen til kvalitative analyser gir rom for beskrivelser av deltakernes opplevelser på den ene siden, og forskernes tolkning og refleksivitet på den andre. Det

fenomenologiske perspektivet vektlegger deltakernes erfaringer og livsverden i en gitt kontekst (Heidegger, 2007), mens hermeneutisk epistemologi vektlegger at forskere på en refleksiv måte fortolker menneskers erfaringer ut fra sin egen bakgrunn og forståelseshorisont (Alvesson & Skoldberg, 2009; Gadamer, 2012). Tilnærmingen er nyttig både for å undersøke hvordan fenomener oppleveres og forstås av deltakere, og for å analysere og gi mening til disse opplevelsene (Binder et al., 2012).

Deltakerne

Deltakerne i studien var tre menn og seks kvinner mellom 28 og 58 år ($M = 37$ år). De hadde jobbet som psykologer i 1–30 år ($M = 8.3$ år). Psykologene fikk videoveiledning knyttet til videreutdanning innen tre av de psykoterapeutiske hovedretningene (American Psychological Association, 2009). Fire av deltakerne fikk veiledning i intensiv dynamisk korttids-terapi (ISTDP), tre i kognitiv atferdsterapi (CBT) og to i emosjonsfokusert terapi (EFT). De hadde gått i sin daværende videreutdanning i 0.5–4 år ($M = 2.5$ år), men fått videoveiledning i 0.5–9 år ($M = 3.2$ år). Syv av deltakerne jobbet i offentlige spesialist- og kommunehelsetjenester, to av dem jobbet privat.

Datainnsamling

Rekruttering

For å rekruttere deltakere kontaktet vi kursholdere tilknyttet videreutdanningsprogrammer i ISTDP, CBT og EFT via e-post, med en forespørsel om å videreformidle et informasjonsskriv om studien til sine kursdeltakere. Tre psykologer kontaktet oss som følge av dette. Vi deltok også på et fagmøte ved en lokal klinikk for å fortelle om studien og rekruttere deltakere. Etter møtet ble vi kontaktet av to deltakere. Tre deltakere ble kontaktet gjennom felles bekjente, mens én ble rekruttert direkte, på bakgrunn av forskernes kjennskap til at hen fikk videoveiledning.

Intervjuguiden

Deltakerne ble intervjuet med utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide (eksempler på spørsmål fra intervjuguiden er inkludert i parentes). Intervjuguiden åpnet med spørsmål om deltakernes videreutdanning, fulgt av spørsmål om hvordan de brukte videoopptak i veiledning («Hva gjør dere når dere bruker video i veiledning?»), samt viktige og utfordrende erfaringer i veiledning basert på videoopptak av timene deres («Kan du beskrive en opplevelse som var spesielt [viktig/vanskelig eller utfordrende] for deg?»), og avsluttet med spørsmål om deres opplevelser av faglig og personlig utvikling i forbindelse

med videoveiledning («Hvordan har det å se dine egne timer på video vært viktig for din egen utvikling som terapeut?»).

Intervjuene

Intervjuene ble gjennomført av forfatterne i 2019–2020. Alle ble gjennomført i løpet av ett møte, og varte mellom 38 og 56 minutter ($M = 45$ minutter). Syv deltakere ble intervjuet på sine egne arbeidsplasser, og to ble intervjuet ved Universitetet i Bergen. Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker og transkribert av intervjueren.

Dataanalyse

Vi gjennomførte den tematiske analysen i fem steg, med utgangspunkt i Braun og Clarks (2006) modell. Først leste alle forfatterne gjennom de transkriberte intervjuene individuelt og noterte umiddelbare inntrykk og refleksjoner. I andre steg drøftet vi notatene i plenum for å etablere en felles forståelse av deltakernes beskrivelser. Notatene ble systematisert i en matrise, utarbeidet med utgangspunkt i forskningsspørsmålet. I tredje steg ble intervjuene lagt inn i analyseprogrammet NVivo12, som ble brukt til å kode relevante utsagn. Deretter gikk vi gjennom kodene i plenum og drøftet fellestrekk ved de kodede utsagnene. I fjerde steg forsøkte vi å forstå hvordan fellestrekkene kunne reflektere overordnede, meningsbærende tema, og systematiserte relaterte utsagn i NVivo12. I femte steg beskrev vi temaene, og inkluderte illustrerende sitater.

Etikk

Studien ble utført ved Universitetet i Bergen uten ekstern finansiering, og er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (referansekode: 924804). Deltakerne fikk informasjon om studien tilsendt på e-post i forkant av intervjuet, samt ytterligere informasjon om studien, og retten til å trekke seg underveis i og etter intervjuet, da de signerte samtykkeerklæringen før intervjuet startet. Anonymiteten til deltakerne og omtalte tredjeparter ble ivaretatt ved å utelate potensielt identifiserende detaljer fra transkriptene.

Resultater

Vi organiserte deltakernes svar i tre hovedtema: (1) En mer sårbar veiledningsopplevelse, (2) «Det vi trenger å se for å bli bedre terapeuter», og (3) «Det gjør meg tryggere som terapeut og person». Vi vil her beskrive disse nærmere. I disse beskrivelsene vil *de fleste* si at 7–8 av deltakerne fortalte om de omtalte opplevelsene, *mange* betyr 4–6, og *noen* betyr 2–3.

1. En mer sårbar veiledningsopplevelse

Alle psykologene vi intervjuet fortalte at videoveiledning kunne være ubehagelig. Mange hadde prestasjonsangst både før og under veiledning, og sa at dette kunne gå ut over hvor mye de lærte. Fokus på terapiteknikk kunne forsterke angsten, da det fremhevet feil de gjorde, men det kunne også dempe den fordi det gjorde veiledningen mindre personlig. Angsten kunne også bli påvirket av hvordan de ble møtt av veileder og veiledningsgruppen.

Noen fortalte at det kunne være vondt å se gjennom egne videoopptak før veiledning, og gremmet seg når de oppdaget feil de hadde gjort. Mange gruet seg også til veiledningsmøtene. De fortalte at de var redde for hva gruppen og veileder skulle si, og fryktet å bli vurdert som lite kompetente, eller i verste fall skadelige for pasientene:

Jeg var jo veldig engstelig på forhånd. Jeg tror jeg sa til veilederen at, før vi begynte, at jeg håpet at han ikke skulle melde meg til fagetisk råd.

Mange valgte å vise timer de hadde opplevd som vanskelige, eller timer fra terapiforløp som hadde stagnert. Noen sa det var spesielt vondt å se at de fortsatt gjorde mange feil etter flere år som psykologer, og mente at de burde være i stand til å gjøre jobben bedre nå. Mange fortalte at de følte seg nakne og blottstilte i veiledning, og sa det var ubehagelig at andre fikk se alt de ikke fikk til:

Det er jo en sånn jobb der du sitter veldig mye alene og holder på med ditt, og du er liksom mye mer beskyttet hvis du bare kan snakke om en sak, sant? (...) Så nå skal alle få se hvor udugelig jeg var (ler).

Alle fortalte at veiledningstimene hovedsakelig fokuserte på pasienten og terapiteknikk. Mange opplevde at det da ble lettere å se på videoklippet med mer distanse, og sa at det gjorde dem mindre selvkritiske. For andre førte fokuset på teknikk til mer ubehag fordi det la opp til at veileder og de andre i gruppen skulle påpeke hva de ikke fikk til:

Det er spesielt å få så mye tilbakemelding på hva man kunne ha gjort, det vekker lett en sånn følelse av å ikke gjøre det bra nok, eller at jeg skulle gjort noe annerledes.

De fleste fortalte at veiledningssituasjonen gradvis ble mindre ubehagelig. Da de så og fikk tilbakemeldinger på videoopptakene, fikk de ofte avkrefte negative oppfatninger de hadde om hvordan timen hadde vært.

For noen hjalp det også å bli bedre kjent med veiledningsgruppen. De opplevde å være sammen om ubehaget, og hadde et felles mål om å lære mest mulig. I tillegg var det viktig for dem at veileder møtte sårbarheten på en god måte:

Hvis jeg hadde hatt en veldig kritisk veileder som slo ned på alt mulig, eller var veldig kritisk i måten å gi tilbakemelding på, så hadde det ikke vært noe særlig. (...) Det krever en større sensitivitet hos veilederen å måtte ta hensyn til at det er en sårbar posisjon å vise frem det du gjør, på godt og vondt.

Etter hvert som de ble tryggere i veiledningssituasjonen, kunne de fokusere mer på pasienten og sine egne ferdigheter. Noen fortalte at de etter hvert gikk mindre i forsvar når noen påpekte feil de gjorde i timen. Noen opplevde imidlertid at det fortsatt var ubehagelig å se sine egne videoer selv etter flere veiledningsmøter, enten de så dem alene eller i veiledning:

Nå har jeg holdt på i litt over et år med det, og jeg strever fortsatt med det. Sånn at, det er ikke gitt at jeg får til det her, da. Det er liksom, juryen er fortsatt ute på det, da. Så jeg vil ikke si det blir lettere, hehe, men det er jo meg, da.

Frykten for ikke å være god nok gjorde videoveiledning til en ubehagelig opplevelse. Det terapitekniske fokuset i veiledning, og hvordan de ble møtt av veileder og veiledningsgruppen, kunne bidra til at de opplevde veiledningssituasjonen som tryggere eller mer ubehagelig.

2. «Det vi trenger å bli bevisst på for å bli bedre terapeuter»

Alle psykologene fortalte at videoveiledning ga dem nye muligheter til faglig utvikling. Det hjalp dem til bedre å forstå pasientene, seg selv og relasjonen mellom dem, og det gjorde dem oppmerksomme på hvordan de kunne forbedre sine egne terapeutferdigheter. Mange sa også at det ga dem motivasjon til å lære mer, og til å jobbe videre med pasientene sine. Samtidig fortalte de at et overveiende fokus på terapiteknikk kunne begrense læringsutbyttet.

Alle fortalte at videoveiledning ga dem læringsmuligheter de ikke ville hatt uten video. De bemerket at veiledning uten video var basert på deres egne minner og forestillinger, og sa at det var vanskelig å gjengi viktig informasjon som de selv ikke hadde fått med seg i timen:

Det ble mer sånn at vi sitter og spekulerer om pasienten basert på min hukommelse. Umulig å studere de

mikroprosessene som skjer, som kan være så viktige, da. Man bare projiserer masse greier, uten å vite om det har rot i virkeligheten i det hele tatt.

Alle fortalte at videoopptakene gjorde at de kunne legge merke til nye, viktige detaljer i timene de så. Mange opplevde at de i større grad klarte å fange opp og følge pasientens nonverbale signaler og emosjoner, både i veiledning og i påfølgende pasienttimer:

Jeg tror man får et litt sånn skjerpet observasjonsblikk på en måte. Man legger mer merke til subtile ting. Små endringer i ansiktsuttrykk eller andre sånne. Og det er ikke bare på innhold og det som blir sagt, men mer oppmerksom på det emosjonelle.

Ettersom alle fikk veiledning knyttet til en bestemt terapimetode, var store deler av veiledningen rettet inn mot metodespesifikke momenter av terapien. Videoopptakene ble ofte brukt for å fremheve eller illustrere teoretiske prinsipper og teknikker, og de fleste opplevde at dette gjorde veiledningen mer nyttig og effektiv. De kunne lettere se hva som fungerte i timen, og fikk mer presise tilbakemeldinger på hva de gjorde, og hva de kunne gjort annerledes. Videoveiledning hjalp dem i tillegg til å forstå hvordan terapien ble preget av både pasientens og deres egne følelser, tolkinger og reaksjoner, og hvordan deres egne feilvurderinger påvirket den terapeutiske prosessen:

Etter den veiledningen [forsto jeg] veldig godt hvorfor hun ikke kom tilbake. Det er jo litt synd å si det at folk ikke får hjelp, da, fordi jeg ikke visste nok om meg selv (...) Klart at det er noen typer pasienter som skrur på forskjellige ting i oss alle, og det trenger vi å bli bevisst på, da, for å bli gode terapeuter.

Mange fortalte at videoveiledning var mer engasjerende enn veiledning uten video. Det vekket nysgjerrighet og fascinasjon, og ga dem lyst til å lære mer. Etter veiledning ble de også mer motiverte for å jobbe videre med pasientene, særlig i saker hvor de opplevde at terapien hadde stagnert. Det de lærte i veiledning, ga dem fornyet tro på fremgang med pasienten, og de kjente seg mer forberedt og fokusert når de møtte pasientene igjen:

Når jeg nettopp har sett en video med en pasient, og jeg har på en måte gått veldig inn i detaljferdigheter, så føler jeg meg mye mer forberedt, fokusert og føler at jeg har en slags plan på en tydeligere måte. (...) Og det er veldig gøy å kunne å ha veiledning en dag og møte pasienten dagen etter.

Til tross for at alle sa at de dro nytte av de nye innsiktene og ferdighetene i arbeidet med andre pasienter, opplevde mange at veiledningen var så spesifikt knyttet til saken de fikk veiledning på, at det kunne være vanskelig å overføre det de lærte til andre situasjoner. Noen ble i tillegg så opptatt av å bruke de nye ferdighetene i neste møte med pasienten at de ikke var oppmerksomme på at pasienten da hadde andre behov:

[Etter veiledning] får du litt sånn ekstra gass, da. (...) Men det kan også være at jeg da vil for mye, eller at jeg ikke tar utgangspunkt i hvor pasienten er neste gang, fordi jeg er opptatt av hvor vi var forrige gang.

Psykologene opplevde videoveiledning som lærerikt og motiverende. Samtidig medførte det et innsnevret fokus, som kunne begrense overføringsverdien av det de lærte.

3. «Det gjør meg tryggere som terapeut og person»

Videoveiledning hadde hatt stor betydning for psykologenes trygghet på seg selv. Det å bli møtt med aksept i en sårbar situasjon og å få bekreftet at de gjorde en god nok jobb, fikk dem til å føle seg tryggere i møte med pasientene. Mange fortalte at de tok med seg denne tryggheten også utenfor terapirommet.

De fleste fortalte at de ofte tvilte på om de var gode nok terapeuter, og sa at videoveiledning bidro til å motvirke denne tvilen. De fikk bekreftet at timene som de viste, var krevende, og de følte seg mindre alene om å stå i utfordrende situasjoner. Mange fant også trygghet i at arbeidet deres ble vurdert og kvalitetssikret av andre. Veiledning på teknikk og veivalg ga dem i tillegg en opplevelse av å mestre terapimetoden bedre. Mange følte seg derfor tryggere når de møtte pasienten igjen:

Jeg kjenner på meg selv at jeg er tryggere, jeg er mer stødig, og jeg føler jeg er mer til hjelp og ser kanskje mer forbi det som hagler, eller det jeg oppfatter hagler mot meg. Og så klarer jeg mer å liksom gå forbi det.

Etter å ha jobbet med å legge merke til indre tilstander i pasienten, og reflektert rundt hva de selv hadde følt i timen, fortalte de fleste at de også ble mer oppmerksomme på egne og andres følelser i relasjoner utenfor terapirommet:

Jeg har lært utrolig mye om meg selv og mine reaksjoner. Å virkelig være oppmerksom på og se etter hvor pasienter og folk er. (...) For det er så utrolig mange signaler folk gir og kommer med, som jeg før var *oblivious* for. Så det har vært nyttig, både som kollega og mor og partner.

Ikke alle opplevde en like tydelig sammenheng mellom videoveiledning og personlig utvikling. Én fortalte at fokuset på tekniske aspekter av det terapeutiske arbeidet gjorde veiledningen mer instrumentell, og opplevde at dette kom i veien for utforskning av hans egne opplevelser:

Det er lite fokus på meg som terapeut sine reaksjoner og hvordan jeg opplever veiledning og sånt (...). Veiledningen er mer, som sagt, mer instrumentell. Ikke fokus på mine emosjonelle reaksjoner eller noe sånt.

Mange fortalte at videoveiledning hadde gjort dem tryggere som privatpersoner. Opplevelsen av å bli møtt på en ivaretagende måte når de så og viste frem egne feil, gjorde at de følte seg tryggere på seg selv, og mer komfortable med å gjøre feil:

Kanskje litt mer forsonet med mine egne mangler, kanskje. (...) At jeg blir litt mer konfrontert med det. Jeg kan ikke si at jeg har forsonet meg med det, men det hjelper på. Det hjelper meg veldig som terapeut, og det hjelper meg som person.

Videoveiledning gjorde psykologene tryggere som terapeuter og personer. De så det som en kvalitetssikring av arbeidet de gjorde, og opplevde mer selvsikkert som følge av å ha blitt møtt på en ivaretagende måte når de viste seg sårbare.

Diskusjon

I samsvar med tidligere forskning (Brown et al., 2013; Gossman & Miller, 2012; McMahon & Ledden, 2019; Routon, 2017) tyder resultatene i denne studien på at videoveiledning kan gi psykologer faglige utviklingsmuligheter de ikke ville hatt uten videoopptak av timene. Våre funn og tidligere studier gir også grunn til å tro at videoveiledning kan være en viktig støtte og kvalitetssikring for psykologer (Bernard & Goodyear, 2019; Hawkins & McMahon, 2020), og bidra til kognitiv og emosjonell bearbeiding av terapitimer (Huhra et al., 2008). Samtidig kan videoveiledning være en mer krevende veiledningsform, og føre til mer angst i veiledning (Chow et al., 2015; Routon, 2017). Vi vet at angst kan svekke læringsevnen, også for psykologer i veiledning (Topor et al., 2017). Tidligere studier har fremhevet viktigheten av at veileder er bevisst på at videoveiledning er spesielt sårbart for psykologer, og tar hensyn til dette (Gossman & Miller, 2012; Routon, 2017). Våre funn kan tyde på at det er viktig at veiledere etterstreber en balanse mellom fokus på psykologenes terapitekniske forbedringspotensial og

anerkjennelse av at det de gjør, ofte er godt nok. Prestasjonsangsten de opplever, bør også tematiseres og utforskes i veiledning.

Enkelte forskere har hevdet at videoveiledning kan bli så pasient- og ferdighetsfokuset at man glemmer andre deler av veiledningsprosessen (Haggerty & Hilsenroth, 2011). Våre deltakere fortalte at hovedfokus i veiledning var på terapiteknikk, og at veileder i liten grad tematiserte deres opplevelser av veiledningssituasjonen. Dette tyder på at videoveiledning kan føre til et smalere veiledningsfokus enn tradisjonell veiledning. Forskning har imidlertid vist at det kan være viktig å ha fokus både på pasienten, på terapeutferdigheter og på psykologers opplevelser av veiledningssituasjonen (Hawkins & McMahon, 2020). Utforskning av veiledningsrelasjonen, og av parallellprosesser i veiledning, kan gjøre psykologer mer bevisste på hvordan de påvirkes av å være del av en veiledningsgruppe, og bidra til en tryggere veiledningsrelasjon (Bernard & Goodyear, 2019). Dette kan styrke veiledningsprosessen og psykologers læringsutbytte, og bidra til bedre behandlingsutfall (Patton & Kivlighan, 1997). Dersom videoveiledning fører til et for snevert fokus på terapiteknikk, kan det tenkes å gå på bekostning av utvikling på andre områder.

Mange av psykologene vi intervjuet, fortalte at det kunne være vanskelig å bruke ferdighetene de hadde lært i veiledning, på en måte som var tilpasset pasientene de møtte senere. Tidligere studier på terapeututvikling har vist at psykologer ofte har vansker med å bruke nye ferdigheter på en fleksibel måte, særlig hvis de er uerfarne (Hawkins & McMahon, 2020; Orlinsky et al., 2005). Videre har forskning på ferdighetsutvikling vist at denne tendensen kan forsterkes dersom man blir observert (Dreyfus & Dreyfus, 1988). Flere terapeututviklingsmodeller fremhever derfor at veiledning bør være tilpasset psykologers individuelle utviklingsnivå for å legge til rette for at de lærer det de har forutsetninger og behov for, og klarer å anvende det de lærer på best mulig måte (Bernard & Goodyear, 2019; Hawkins & McMahon, 2020). Dersom veiledere ikke tar hensyn til psykologenes faglige utviklingsnivå, og tilpasser innholdet i veiledningen basert på hvordan de utvikler seg mellom veiledningsmøtene, kan det tenkes å gå ut over hvor mye de lærer i veiledning, og forsterke tendensen til ufleksibel anvendelse av terapeutiske ferdigheter.

Utviklingen og utfordringene som våre deltakere beskrev, ligner endringsprosesser vi ser hos pasienter i psykoterapi. Gjennom et terapiforløp kan pasienter bli mer bevisste på tilstander i seg selv og andre, og bedre forstå hvordan mennesker påvirkes i samspill med hverandre (Bateman & Fonagy, 2019). Ved å bli møtt

med ubetinget aksept når de viser sine sårbare sider, kan de bli mer komfortable med egne mangler, og oppleve mer selvaksept og trygghet i seg selv (Kohut, 1971; Rogers, 1957). I terapi skal psykologen opprettholde et tydelig, men fleksibelt fokus på pasientens utfordringer og vanskelige følelser, og samtidig unngå at pasienten blir overveldet av angst i timen (Abbass, 2015). Det skal også være rom for å utforske relasjonen mellom pasient og psykolog, og innholdet bør være tilpasset pasientens utviklingsnivå (Bateman & Fonagy, 2019). Tilsvarende kan det tenkes at videoveiledning krever en særlig bevissthet om balansen mellom fokus på psykologens læringsmuligheter og ivaretagelse av sårbarheten som denne formen for veiledning innebærer. Det kan også være viktig at veiledningen er tilpasset psykologens faglige utviklingsnivå, og gir rom for å reflektere rundt hvordan psykologene opplever veiledningssituasjonen, inkludert relasjonen til veileder og veiledningsgruppen.

Alle psykologene vi intervjuet, fortalte om opplevelser av usikkerhet og frykt for ikke å være gode nok terapeuter. Tidligere studier peker på at psykologer er sårbare for emosjonell utmattelse og utbrenthet som følge av usikkerhet på egen mestring, kombinert med det betydelige ansvaret man har som psykolog, og det uklare skillet mellom yrke og privatliv (Olaussen et al., 2010). Dersom videoveiledning gir psykologer mer trygghet og mestringstro som følge av bedre faglig utvikling, bearbeiding av utfordrende terapitimer og kvalitetssikring av arbeidet deres, er det tenkelig at det også kan bidra til at flere psykologer klarer å stå i en krevende jobb over tid.

Refleksivitet

I det fenomenologisk-hermeneutiske perspektivet på kvalitativ forskning anses forskningsresultater å være et produkt av interaksjonen mellom deltakernes og forskerens forforståelse, erfaringer og perspektiver, og den sosiale konteksten forskningen utføres i (Finlay & Gough, 2003). Forskeren må derfor være bevisst sin egen forforståelse, og ha et kontinuerlig refleksivt blikk på hvordan denne påvirker tolkningen av resultatene. Vi har selv interesse for målrettet trening i psykoterapi, hvor videoveiledning fremheves som spesielt viktig for terapeututvikling. Gjennom forskningsprosessen har vi reflektert rundt hvordan vår forståelse og gjengivelse har vært preget av våre egne interesser, preferanser og erfaringer, og samtidig forsøkt å få frem deltakernes subjektive opplevelser på en måte som var så nær deltakernes opplevelser som mulig, både i utformingen av intervjuguiden og i gjennomføringen og tolkningen av intervjuene.

Begrensninger

Denne studien har flere metodiske begrensninger. Studiens kvalitative forskningsdesign gjør at vi ikke kan trekke slutninger om årsakssammenhenger mellom videoveiledning og psykologers faglige og personlige utvikling. Vi intervjuet kun ni psykologer, hvor alle var etnisk norske. Vi søkte en terapiteoretisk bredde i utvalget, men de fleste deltakerne fikk veiledning i ISTDP eller EFT, som er opplevelsesorienterte terapiformer. Et større og mer heterogent utvalg kunne ha gitt et rikere og annerledes bilde av psykologers opplevelser med videoveiledning. Utvalgsstørrelsen og det kvalitative forskningsdesignet medførte i tillegg at vi ikke kunne synliggjøre potensielt meningsfulle forskjeller mellom videoveiledning i de ulike terapiformene. Alle deltakerne var positive til videoveiledning, mens psykologer som takket nei til eller ikke svarte på invitasjonen, kan ha hatt negative opplevelser eller holdninger. Dette antyder en mulig selvseleksjon til studien som kan ha påvirket resultatene. Den betydelige variasjonen i hvor lenge deltakerne hadde fått videoveiledning, kan også ha medført at vi ikke fanget opp viktige nyanser i hvordan det oppleves av psykologer med mye eller lite erfaring med videoveiledning.

Implikasjoner

Funnene i denne studien har, tross metodiske begrensninger, potensielt viktige implikasjoner for klinisk praksis og forskning. Videoveiledning kan bidra til psykologers faglige utvikling og opplevelse av trygghet i psykologrollen. Samtidig er det en krevende form for veiledning. Veiledere og psykologer bør være bevisst på at videoveiledning kan medføre så mye angst at det går ut over hvor mye psykologene lærer i veiledning, og de bør kjenne til hva som kan gjøre det mindre ubehagelig. Videoveiledning kan også medføre et snevrere veiledningsfokus, som kan gå på bekostning av psykologers faglige utvikling. Fokus i videoveiledning bør være balansert mellom pasienten og tekniske aspekter ved metoden de veileder i på den ene siden, og psykologenes opplevelser av seg selv og veiledningssituasjonen på den andre. I tillegg bør veiledere tilpasse veiledningen til den enkelte psykologens utviklingsnivå, slik at de lærer ferdigheter som er tilpasset hvor de er i sin faglige utvikling, og klarer å anvende ferdighetene på en presis og fleksibel måte.

Vi trenger mer kunnskap om hvordan psykologer opplever videoveiledning tilknyttet andre terapimodeller enn de som vi har inkludert, samt om det finnes psykologer med mindre positive holdninger til videoveiledning enn våre deltakere, og hvilke erfaringer

de har gjort seg. Det vil også være viktig å undersøke hvordan veiledere opplever muligheter og utfordringer i videoveiledning. Videre forskning bør i tillegg utforske mulige årsakssammenhenger mellom videoveiledning, terapeututvikling og behandlingsutfall.

Konklusjon

Våre funn i denne studien tyder på at videoveiledning kan være en spesielt sårbar opplevelse for psykologer. Ubehaget det vekker, kan dempes dersom de blir møtt på en ivaretagende måte av veileder og veiledningsgruppen. Samtidig kan videoveiledning tenkes å gjøre dem tryggere i terapeutrollen og som personer, og gi dem nye muligheter til faglig utvikling. På den annen side medfører det medfører det spesifikke læringsutfordringer. Veiledere bør være bevisst på disse utfordringene og tilpasse veiledningen til den enkelte psykolog for å kunne utnytte læringspotensialet i videoveiledning best mulig. ✘

Referanser

- Abbass, A. (2004). Small-group videotape training for psychotherapy skills development. *Academic Psychiatry*, 28(2), 151–155. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.28.2.151>
- Abbass, A. (2015). *Reaching through resistance: advanced psychotherapy techniques*. Seven Leaves Press.
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2009). *Reflexive methodology: New vistas for qualitative research*. Sage.
- American Psychological Association. (2009). *Different approaches to psychotherapy*. <https://www.apa.org/topics/therapy/psychotherapy-approaches>
- American Psychological Association. (2014). *APA Guidelines for clinical supervision in health service psychology*. <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>
- Association for Counselor Education and Supervision. (2011). *Best Practices in Clinical Supervision*. <https://acesonline.net/wp-content/uploads/2018/11/ACES-Best-Practices-in-Clinical-Supervision-2011.pdf>
- Aveline, M. (1992). The use of audio and videotape recordings of therapy sessions in the supervision and practice of dynamic psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 8(4), 347–358. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.1992.tb01198.x>
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2019). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. American Psychiatric Publishing.
- Bernard, J. M. & Goodyear, R. K. (2019). *Fundamentals of clinical supervision* (6. utg.). Pearson.
- Binder, P. E., Holgersen, H. & Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive: An explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology*, 64(2), 103–117. <https://doi.org/10.1080/19012276.2012.726815>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Brown, E., Moller, N. & Ramsey-Wade, C. (2013). Recording therapy sessions: What do clients and therapists really think? *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(4), 254–262. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.768286>
- Castonguay, L. G. & Hill, C. E. (2017). *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects*. American Psychological Association. <https://doi-org.pva.uib.no/10.1037/0000034-000>
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A. & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337–345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>
- Dreyfus, H. L. & Dreyfus, S. E. (1988). *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer* (2. utg.). The Free Press.
- Finlay, L. & Gough, B. (2003). *Reflexivity: A practical guide for researchers in health and social sciences*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470776094>
- Gadamer, H.-G. (2012). *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Pax.
- Geller, J. D., Norcross, J. C. & Orlinsky, D. E. (2005). *The psychotherapist's own psychotherapy: patient and clinician perspectives*. Oxford University Press.
- Goldberg, S., Rousmaniere, T., Miller, S., Whipple, J., Nielsen, S., Hoyt, W. & Wampold, B. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/cou0000131>
- Gossman, M. & Miller, J. H. (2012). 'The third person in the room': Recording the counselling interview for the purpose of counsellor training – barrier to relationship building or effective tool for professional development? *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(1), 25–34. <https://doi.org/10.1080/14733145.2011.582649>
- Haggerty, G. & Hilsenroth, M. J. (2011). The use of video in psychotherapy supervision. *British Journal of Psychotherapy*, 27(2), 193–210. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.2011.01232.x>
- Hawkins, P. & McMahon, A. (2020). *Supervision in the helping professions* (5. utg.). Open University Press.
- Heidegger, M. (2007). *Væren og tid*. Pax.
- Hill, C. E. & Knox, S. (2013). Training and supervision in psychotherapy. I M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. utg., s. 775–811). Wiley.
- Huhra, R. L., Yamokoski-Maynhart, C. A. & Prieto, L. R. (2008). Reviewing videotape in supervision: A developmental approach. *Journal of Counseling and Development*, 86(4), 412–418. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00529.x>
- Knox, S. & Hill, C. E. (2021). Training and supervision in psychotherapy: What we know and where we need to go. I M. Barkham, W. Lutz & L. G. Castonguay (red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (7. utg., s. 327–349). John Wiley & Sons.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. University of Chicago Press.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Ladany, N., Hill, C. E., Corbett, M. M. & Nutt, E. A. (1996). Nature, extent, and importance of what psychotherapy trainees do not disclose to their supervisors. *Journal of Counseling Psychology*, 43(1), 10–24. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.1.10>
- Levenson, H. (2006) Time-limited dynamic psychotherapy. I A. B. Rochlen (red.), *Applying counseling theories: An Online Case-based Approach* (s. 75–90). Pearson.
- McMahon, A. & Ledden, K. (2019). Recording client sessions during psychotherapy training: From «an absurd idea» to «potent learning». *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(3), 241–251. <https://doi.org/10.1002/capr.12209>
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P. & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research*, 23(1), 86–104. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.735775>
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L. & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 361–373. <https://doi.org/10.1002/cpp.383>
- Olausen, I. M., Skaar, E., Hauge, L. J. & Skogstad, A. (2010). Utbrentet blant psykologer med kortere ansiennitet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(3), 195–202.
- Orlinsky, D. E., Botermans, J. F. & Rønnestad, M. H. (2001). Towards an empirically grounded model of psychotherapy training: Four thousand therapists rate influences on their development. *Australian Psychologist*, 36(2), 139–148. <https://doi.org/10.1080/00050060108259646>
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Collaborative Research Network of the Society for Psychotherapy Research. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. American Psychological Association. <https://doi-org.pva.uib.no/10.1037/11157-000>
- Pascual-Leone, A., Wolfe, B. J. & O'Connor, D. (2012). The reported impact of psychotherapy training: Undergraduate disclosures after a course in experiential psychotherapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11(2), 152–168. <https://doi.org/10.1080/14779757.2011.648099>
- Patton, M. J. & Kivlighan Jr, D. M. (1997). Relevance of the supervisory alliance to the counseling alliance and to treatment adherence in counselor training. *Journal of Counseling Psychology*, 44(1), 108. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.44.1.108>
- Reichelt, S., Gullestad, S. E., Hansen, B. R., Rønnestad, M. H., Torgersen, A. M., Jacobsen, C. H., Nielsen, G. H. & Skjerve, J. (2009). Nondisclosure in psychotherapy group supervision: The supervisee perspective. *Nordic Psychology*, 61(4), 5–27. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.4.5>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*. Constable.
- Rousmaniere, T. (2017). *Deliberate practice for psychotherapists: A guide to improving clinical effectiveness*. Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315472256>

- Rousmaniere, T. G., Swift, J. K., Babins-Wagner, R., Whipple, J. L. & Berzins, S. (2016). Supervisor variance in psychotherapy outcome in routine practice. *Psychotherapy Research*, 26(2), 196–205. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.963730>
- Routon, M. (2017). *A phenomenological inquiry of counseling trainees' experiences of reviewing video-recorded psychotherapy sessions in supervision*. [Doktorgradsavhandling]. Fielding Graduate University. ProQuest Dissertations Publishing.
- Topor, D. R., AhnAllen, C. G., Mulligan, E. A. & Dickey, C. C. (2017). Using video recordings of psychotherapy sessions in supervision: Strategies to reduce learner anxiety. *Academic Psychiatry*, 41(1), 40–43. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0605-0>
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2. utg.). Taylor & Francis Inc. <https://doi.org/10.4324/9780203582015>
- Watkins, C. E. (2011). Does psychotherapy supervision contribute to patient outcomes? Considering thirty years of research. *Clinical Supervisor*, 30(2), 235–256. <https://doi.org/10.1080/07325223.2011.619417>
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J. & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 200–211. <https://doi.org/10.1037/a0018912>

Fem grep for økt hverdagsglede

Befolkningens livskvalitet er landets viktigste ressurs. Forskning har vist at livskvaliteten kan styrkes og vi kan utstyre politikere, fagfolk og befolkningen med en verktøykasse for bedre psykisk helse.

TEKST Monica Beer Prydz, Maja Eilertsen og Ragnhild Bang Nes

KONTAKT
m.b.prydz@
psykologi.uio.no

TIDEN ER MODEN. Den psykiske sykdomsbyrden er stor og befolkningens livskvalitet tydelig skjevfordelt. Vi må satse mer på helsefremmende og forebyggende tiltak og jobbe kunnskapsbasert for å snu en bekymringsfull utvikling. I forskningssenteret Promenta (<https://www.sv.uio.no/promenta/>) er vi nærmere 70 forskere i stort og smått, primært fra Universitetet i Oslo og Folkehelseinstituttet (FHI). Vi forsker på hvordan psykisk uhelse oppstår, opprettholdes og forebygges – og hvordan livskvalitet kan fremmes. Vårt samarbeid med kommuner og fylkeskommuner er særlig viktig. Vi har også en egen satsing på intervensjonsforskning. I dette fagessayet vil vi fortelle om kunnskapsgrunnlaget for konseptet *Fem grep for økt hverdagsglede*, hvordan dette kan brukes i det lokale folkehelsearbeidet, og hvordan vi forsker på konseptet her i Norge.

Livskvalitetsfremmende intervensjoner trengs. Minst 16–20 % av nordmenn over 18 år opplever dårlig livskvalitet (FHI, 2021). Dette tilsvarer rundt 700 000 voksne. For sårbare grupper, som personer med dårlig råd, som står utenfor arbeidslivet, har lite sosial støtte eller dårlig helse, er andelen mye høyere (40–80 %). Beregninger tyder på at mellom 9 og 27 % har hatt en psykisk lidelse i løpet av det siste året (Knudsen et al., 2021), og oppfølgingsstudier viser at 80 prosent vil få en psykisk lidelse i løpet av livet (Caspi et al., 2020). To år med pandemi har utfordret befolkningens psykiske helse ytterligere, ikke minst blant de unge (von

Soest et al., 2022). Den sosiale ulikheten i helse har også økt (Halvorsen, 2021). Det norske helssystemet vil få betydelige utfordringer med å skaffe nok helsepersonell i årene som kommer (Hjemås et al., 2019). Fagfolk undrer seg samtidig over behandlingsprevalensparadokset, som viser at nivået av depresjon i befolkningen ikke synker i takt med økt tilgang på behandling (Ormel et al., 2022).

Hvordan skal vi møte disse utfordringene? Vi må sørge for at de sykeste i samfunnet får et godt behandlingstilbud, men samtidig innse at vi ikke kan behandle oss ut av de store folkehelseutfordringene. Det er behov for en gjennomgående satsing på helsefremmende og forebyggende tiltak: Vi må fremme psykisk helse og livskvalitet i *alt* vi gjør. Det er både virksomt og mer lønnsomt å nå ut til flere, før sykdom oppstår, enn senere når sykdom allerede er et faktum (McDaid et al., 2019; Rose, 1981). Vi trenger robuste og virksomme tiltak – strukturelle og universelle så vel som skreddersydde for den enkelte og spesifikke grupper. *Fem grep for økt hverdagsglede* (Rådet for psykisk helse, 2021) representerer et helsefremmende konsept som kan implementeres i alt fra politikk og samfunnsbygging til individuelle tiltak og behandling. Det ble utviklet for britiske myndigheter som en sentral del av «The 2008 Foresight Programme on Mental Capital and Well-being». Programmets overordnede mål var å utvikle effektive og bærekraftige tiltak for fremtiden til glede både for samfunnet og for indi-



DE FEM GREPENE FOR ØKT HVERDAGSGLEDE: Vær oppmerksom, vær aktiv, fortsett å lære, knytte bånd og gi. (Kilde: Rådet for psykisk helse)

videt. Konseptet er basert på psykologisk teori og solid forskning om hva som styrker psykisk helse og livskvalitet.

HVA ER LIVSKVALITET?

De gamle grekerne diskuterte livskvalitet grundig og dypsindig – og kalte det lykke. Dagens begreper, som «well-being» og «livskvalitet», har flere teoretiske opphav, med klare røtter i antikken. I dag brukes «livskvalitet» på ulike måter, men i kjernen av begrepet finner vi *følelsesmessige opplevelser* og *evalueringer* av hvordan den enkelte har det og fungerer. Det er nyttig å se på livskvalitet som et allment velferdsbegrep, der velferd forstås som en mangedimensjonal størrelse som dekker både psykologiske og materielle behov (Barstad et al., 2016).

Innen helse- og velferdssystemet har livskvalitetsfremmende og sykdomsforebyggende perspektiver fått stadig større plass. Denne reorienteringen har sammenheng med politiske og faglige perspektivendringer, samt ny kunnskap. En særlig viktig faktor er økt kjennskap til livskvalitetens mange gevinster – som sosial integrering, økt produktivitet, sunnere levevaner, lavere sykefravær, bedre helse og økt levealder (Pressman et al., 2019; Steptoe et al., 2015). Rundt halvparten av OECD-landene har nå utviklet rammeverk for livskvalitetsmåling som styringsverktøy i folkehelsearbeidet og som supplerende mål på samfunnsutviklingen. Noen land har også

formelt integrert målesystemene i politiske budsjetteringsprosesser, som New Zealand med sitt «livskvalitetsbudsjett» i 2019. Med solid kunnskap om livskvaliteten, hvordan den fordeler seg, og hva som påvirker den, kan vi utforme god politikk og effektive intervensjoner.

FORSKNING PÅ LIVSKVALITET

Mye tyder på at det viktigste for psykisk helse og livskvalitet er politikk som bidrar til gode, trygge og verdige levekår. Men vi trenger også konkrete, treffsikre helsefremmende individ- og grupperettede intervensjoner basert på psykologisk teori. Helst i form av tiltakskonsepser som kan bidra på tvers av nivåer, og på tvers av «virksomhetssiloene» i en kommune.

Psykologiens mest kjente teorier om grunnleggende menneskelige behov forteller oss mye om hva helsefremmende og forebyggende tiltak bør inneholde. Vi er flokkdyr og trenger bekræftelse fra andre mennesker. Vårt biologiske tilknytningssystem søker trygghet og tilhørighet til både mennesker og steder. Vi har et belønningssystem som behøver stimulering gjennom læring, vekst og mestring. Når disse grunnleggende systemene stimuleres, fungerer de psykisk helsefremmende ved å beskytte oss mot stress og fremme emosjonelle, sosiale og kognitive ressurser.

Hva vi *gjør*, påvirker også hvordan vi har det. Det er godt dokumentert at et bredt spekter av psykologiske tiltak og øvelser med ulik teore-

”

Vi må fremme psykisk helse og livskvalitet i alt vi gjør

»

tisk forankring kan øke livskvaliteten og redusere psykiske plager (van Agteren et al., 2021). Psykoterapi og aktivitetsorienterte intervensjoner fungerer trolig fordi de bidrar til å etablere nye mønstre og fører oss nærmere tilfredsstillelsen av grunnleggende behov for kontakt, tilhørighet, mening og mestring. Sammenhengene kan også forklares biologisk, gjennom feltet psykonevroimmunologi.

PSYKONEVROIMMUNOLOGI OG MOTGIFT

Sammenhengen mellom psykologisk stress og fungeringen av nervesystemet, immunsystemet og andre fysiologiske systemer er godt kjent over flere tiår og beskrives i feltet psykonevroimmunologi (Guidi et al., 2021). Når vi utsettes for belastninger som økonomiske problemer, traumer, mobbing eller dårlig arbeidsmiljø, oppstår en overaktivisering eller dysregulering av den hypothalamiske-hypofysære-adrenokortikale akse (HPA-aksen). Når stresset blir kronisk, uforutsigbart, ukontrollerbart, for mye, tilbakevendende eller overveldende, vil dette gi økt utskillelse av kortisol, og kroppen kommer i en kronisk «fight-or-flight»-respons (Kozłowska et al., 2020). Dette gir økt puls og blodtrykk, muskelstramning, hemming av immunforsvaret med påfølgende lavgradig inflammasjon og økt mottakelighet for infeksjoner, samt aktivisering av det sympatiske og hemming av det parasympatiske nervesystemet. Kronisk stress vil dermed øke risikoen for blant annet hjertesykdom, diabetes, kreft, infeksjoner, muskelsmerter, fordøyelsesplager og depresjon (Guidi et al., 2021). Når vi har gode opplevelser, er aktive, mestrer og bidrar, skiller vi ut gode hormoner og neurotransmittere som oksytocin, serotonin, dopamin, endorfiner og endocannabinoider. Disse gir oss følelser av trygghet, glede og velvære og kan direkte hemme effektene av kortisol. Slik vil «lykkehormonene» bidra til å redusere de skadelige effektene av overaktivisering og stress. Dagens helsefremmende tiltak bør bygge på denne kunnskapen.

EN VERKTØYKASSE FOR MER HVERDAGSGLEDE

I møte med dagens folkehelseutfordringer trenger vi både politikk og intervensjoner som øker tilgangen på positive opplevelser, sosial støtte og mestring – og hemmer effektene av toksisk kortisol. Folkehelseloven forplikter kommuner til å jobbe systematisk for at innbyggerne skal ha mulighet for god helse og et godt liv (*Folkehelseloven*, 2012). Folkehelsekampanjer har liten effekt alene. *Fem grep for økt hverdagsglede* («Five Ways to Wellbeing») er et konsept som er bredt anvendelig, og som mennesker kan bli møtt med i alle etablerte strukturer; verktøyet kan integreres i hverdagen – på skolen, i byparken og i det lokale kulturhuset, og det kan gi politikere, skoler, barnehager, arbeidsplasser, lokalmiljø, familier, behandlere og individer et felles faglig fundament for helsefremming.

Fem grep for økt hverdagsglede tilsvarer «fem om dagen» for den psykiske helsen og inkluderer de fem viktigste aktivitetskildene til livskvalitet og psykisk helse. De er relevante for mennesker i alle aldre, konkrete, universelle og evidensbaserte; det er grep som folk flest kan integrere i hverdagslivet og politikere implementere i politikk (Aked et al., 2008). Konseptet har opplevd stor interesse fra politikere, fagfolk, media, kommuner og individer i mange land. I Norge har Rådet for psykisk helse vært ambassadør og initiativtaker, og fremmet konseptet i samarbeid med Helsedirektoratet, FHI og Promenta.

Grep #1: *Knytt bånd*. Behovet for intimitet, nærhet og bekreftelse inngår i alle psykologiens behovsteorier. Sosiale relasjoner er essensielle for psykisk helse og livskvalitet hos alle (Helliwell & Aknin, 2018). Nære og gode relasjoner gir glede og styrker motstandskraften i møte med kriser og nederlag. Og løsere bånd fremmer tilhørighet og fellesskap; det gjør at selv storbyen kan oppleves som en landsby. Grep #2: *Vær aktiv*. Regelmessig fysisk aktivitet er en mirakelkur både for kroppen og humøret og er assosiert med økt trivsel, mestring og lavere forekomst av både depresjon og angst (Choi et al., 2019). Grep #3: *Vær oppmerksom*. Studier viser at oppmerksom tilstedeværelse fremmer livskvaliteten og reduserer stress (Fredrickson, 2003). Bevisst nærvær kan handle om å se ut så vel som inn: om å reflektere over erfaringer og følelser og om å legge merke til det en har rundt seg – hestehoven i veikanten, praten rundt bordet, smaken av et saftig eple eller musikken som fyller rommet. Grep #4: *Fortsett å lære*. Som art er vi nysgjerrige og kunnskapstørste. Livslang læring fremmer flyt, livskvalitet og resiliens, bygger mestring og kompetanse (Hammond, 2004). Grep #5: *Gi*. Mennesker trenger både å føle at man har, og at man tilfører, verdi (Prilleltensky, 2020). Å hjelpe, dele og samarbeide aktiverer belønningssystemene i hjernen og skaper mening (Harbaugh et al., 2007).

En stor studie fra New Zealand med 10 000 deltakere fra en ikke-klinisk populasjon viste at jo flere av de fem hverdagsgledegrepene deltakeren gjorde, jo høyere var livskvaliteten (Mackay et al., 2019). I en annen studie fra Hongkong undersøkte forskere effekten av å bruke de fem som helsefremmende konsept for psykiatriske pasienter i akuttfasen ved innleggelse. Pasientene som fikk intervensjonen, opplevde signifikant økning i livskvalitet og håp sammenlignet med kontrollgruppen (Ng et al., 2015).

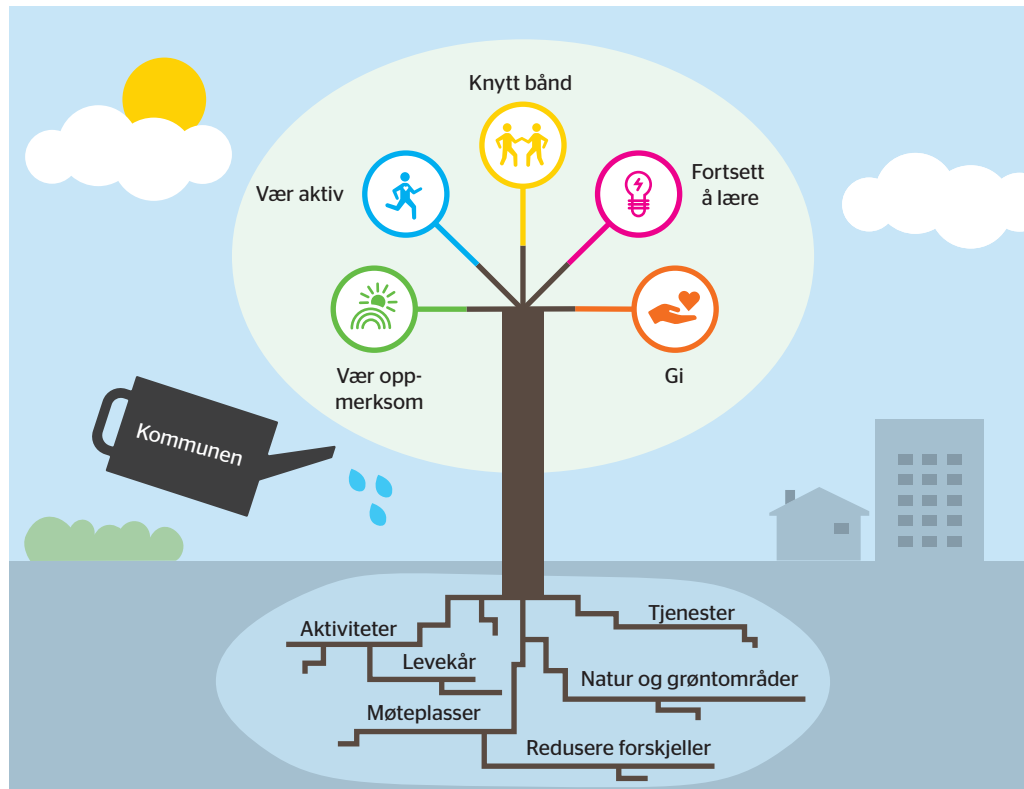
Fem grep for økt hverdagsglede er relevant for alle mennesker i alle aldre og kan bygges inn i dagliglivet til hver enkelt, så vel som i kommunens tjenester og planverk. Konseptet kan implementeres som langbord i gatene, i fotballagets statuetter, i skolens pensum, i NAVs tiltak, i kommunens arbeid med arkitektur, på fritidsklubben og hos fastlegen. Og til og med hos psykologen. Mange pasienter ønsker seg konkrete grep som kan tilpasses den enkeltes behov og hverdag. Ved å innføre hverdagsgledens fem grep på alle nivåer kan vi følge et av folkehelselovens grunnleggende prinsipper, nemlig *helse i alt vi gjør*. Imens skal vi evaluere hverdagsgledekonseptet i ulike kontekster, formater og tiltak i Norge, med forskningsprosjekter av høy kvalitet.

FORSKNING OG UTBREDELSE AV HVERDAGSGLEDE I NORGE

Promenta har nå fire store forskningsprosjekter som evaluerer effekten av konseptet Hverdagsglede, delvis finansiert av Stiftelsen DAM. Vi evaluerer Hverdagsglede som kurs for sårbare grupper via NAV og frisklivssentra (<https://www.fhi.no/studier/hverdagsgledestudien/>), som helsefremmende digital intervensjon i den generelle befolkning (<https://www.sv.uio.no/psi/forskning/prosjekter/hverdagsglede/>), som helsefremmende konsept i skolen og som helsefremmende konsept til studenter via prosjektet *Aktiv Campus* (<https://www.aktivcampus.no/>). Foreløpige analyser viser lovende resultater. Til sammen vil disse forskningsprosjektene gi oss et grundig og solid evidensgrunnlag for bruken av de fem grepene som helsefremmende og forebyggende konsept i ulike formater i norsk kontekst. Hverdagsgledekonseptet er allerede i bruk mange steder i landet. »



Den psykiske sykdomsbyrden er stor og befolkningens livskvalitet tydelig skjevfordelt



KOMMUNEN Kommunens muligheter for å fremme «Hverdagsgledens fem». (Kilde: FHI)

”

Fem grep for økt hverdagsglede tilsvarer «fem om dagen» for den psykiske helsen

Flere enn 70 frisklivssentraler tilbyr kurs. Det finnes også kurs i andre kommunale helsetjenester, i seniorsentre og for kreftrammede. Skoler har undervist om fem grep for økt hverdagsglede, flyktninger i Bærum har fått innføring i konseptet, Studentsamskipnaden i Oslo har brukt det i en stor helsekampanje rettet mot studenter, og Studentidrettens satsing *Aktiv Campus* vil spre konseptet Hverdagsglede til alle ferske studenter. 10 ordførere har frontet «Hverdagsgledens fem» gjennom Rådet for psykisk helse «Heia deg»-kampanje, som ble sett av 2,5 millioner. Kommunepsykologer etterspør stadig oppdatering og informasjon om konseptet. Hverdagsglede brukes også på helsenorge.no, i kampanjer fra helsemyndighetene, og har i den senere tid også blitt frontet i FHI's folkehelseprofiler (<https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/>).

Fem grep for økt hverdagsglede kan bli folkeeie. Det er et konsept som passer på tvers av sektorer, og som kan brukes strukturelt, så vel som individuelt, som er konkret, fleksibelt og enkelt å ta i bruk. Vi oppfordrer psykologer til å sette seg inn i *Fem grep for økt hverdagsglede* og følge med på forskningen på konseptet. Sist, men ikke minst bør man ta i bruk grepene i eget liv. Hverdagsglede er for alle. ✘

REFERANSER

- Aked, J., Marks, N., Cordon, C. & Thompson, S. (2008). *Five Ways to Wellbeing*. The New Economic Foundation.
- Barstad, A., Normann, T., Nes, R., Reneflot, A., Røysamb, E., Hougen, H. & Herheim, Å. (2016). *Gode liv i Norge: Utredning om måling av befolkningens livskvalitet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Caspi, A., Houts, R. M., Ambler, A., Danese, A., Elliott, M. L., Hariri, A., Harrington, H., Hogan, S., Poulton, R., Ramrakha, S., Rasmussen, L. J. H., Reuben, A., Richmond-Rakerd, L., Sugden, K., Wertz, J., Williams, B. S. & Moffitt, T. E. (2020). Longitudinal Assessment of Mental Health Disorders and Comorbidities Across 4 Decades Among Participants in the Dunedin Birth Cohort Study. *JAMA Network Open*, 3(4), e203221. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3221>
- Choi, K. W., Chen, C. Y., Stein, M. B., Klimentidis, Y. C., Wang, M. J., Koenen, K. C. & Smoller, J. W. (2019). Assessment of Bidirectional Relationships Between Physical Activity and Depression Among Adults: A 2-Sample Mendelian Randomization Study. *JAMA Psychiatry*, 76(4), 399–408. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4175>
- FHI. (2021). *Folkehelse rapporten: Psykiske lidelser hos voksne*. Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseloven (2011). *Lov om folkehelsearbeid* LOV-2011-06-24-29. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions: The emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. *American Scientist*, 91(4), 330–335.
- Guidi, J., Lucente, M., Sonino, N. & Fava, G. A. (2021). Allostatic Load and Its Impact on Health: A Systematic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(1), 11–27. <https://doi.org/10.1159/000510696>
- Halvorsen, K. (2021). *Økonomisk og sosial ulikhet i Norge*. Universitetsforlaget.
- Hammond, C. (2004). Impacts of lifelong learning upon emotional resilience, psychological and mental health: Fieldwork evidence. *Oxford Review of Education*, 30(4), 551–568. <https://doi.org/10.1080/0305498042000303008>
- Harbaugh, W. T., Mayr, U. & Burghart, D. R. (2007). Neural responses to taxation and voluntary giving reveal motives for charitable donations. *Science*, 316(5831), 1622–1625. <https://doi.org/10.1126/science.1140738>
- Helliwell, J. & Aknin, L. (2018). Expanding the social science of happiness. *Nature Human Behaviour*, 2(4), 248–252. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0308-5>
- Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N. M. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. SSB.
- Knudsen, A. K. S., Stene-Larsen, K., Gustavson, K., Hotopf, M., Kessler, R. C., Krokstad, S., Skogen, J. C., Øverland, S. & Reneflot, A. (2021). Prevalence of mental disorders, suicidal ideation and suicides during the COVID-19 pandemic in Norway: A population-based repeated cross-sectional analysis. *Lancet Reg Health Eur*, 4, 100071. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100071>
- Kozłowska, K., Scher, S. & Helgeland, H. (2020). The HPA Axis and Functional Somatic Symptoms. I *Functional Somatic Symptoms in Children and Adolescents: A Stress-System Approach to Assessment and Treatment* (s. 161–173) (Palgrave Texts in Counselling and Psychotherapy). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-46184-3_8
- Mackay, L., Egli, V., Booker, L.-J. & Prendergast, K. (2019). New Zealand's engagement with the Five Ways to Wellbeing: Evidence from a large cross-sectional survey. *Kōtuitui: New Zealand Journal of Social Sciences Online*, 14(2), 230–244. <https://doi.org/10.1080/1177083x.2019.1603165>
- McDaid, D., Park, A.-L. & Wahlbeck, K. (2019). The economic case for the prevention of mental illness. *Annual Review of Public Health*, 40, 373–389. <https://doi.org/10.1146/annurev-publ-health-040617-013629>
- Ng, S. S., Leung, T. K., Cheng, E. K., Chan, F. S., Chan, J. Y., Poon, D. F. & Lo, A. W. (2015). Efficacy of 'Five Ways to Well-Being Program' in promotion of mental wellbeing for persons admitted to acute psychiatric service. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 2(2), 143–151.
- Ormel, J., Hollon, S. D., Kessler, R. C., Cuijpers, P. & Monroe, S. M. (2022). More treatment but no less depression: The treatment-prevalence paradox. *Clinical Psychology Review*, 91, 102111. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102111>
- Pressman, S. D., Jenkins, B. N. & Moskowitz, J. T. (2019). Positive Affect and Health: What Do We Know and Where Next Should We Go? *Annual Review of Psychology*, 70, 627–650. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102955>
- Prilleltensky, I. (2020). Mattering at the Intersection of Psychology, Philosophy, and Politics. *American Journal of Community Psychology*, 65(1–2), 16–34. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/ajcp.12368>
- Rose, G. (1981). Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 282(6279), 1847–1851. <https://doi.org/10.1136/bmj.282.6279.1847>
- Rådet for psykisk helse. (2021). *Hverdagsglede*. Rådet for psykisk helse.
- Steptoe, A., Deaton, A. & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640–648. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- van Agteren, J., Iasiello, M., Lo, L., Bartholomaeus, J., Kopsaftis, Z., Carey, M. & Kyrios, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of psychological interventions to improve mental wellbeing. *Nature Human Behaviour*, 5(5), 631–652. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01093-w>
- von Soest, T., Kozák, M., Rodríguez-Cano, R., Fluit, D. H., Cortés-García, L., Ulset, V. S., Haghish, E. & Bakken, A. (2022). Adolescents' psychosocial well-being one year after the outbreak of the COVID-19 pandemic in Norway. *Nature Human Behaviour*, 6(2), 1–12. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01255-w>

John Keats: Poesi og psykoterapi

Hva kan vi, i vår tid, lære av Keats sin diktekunst?

TEKST Nils Eide-Midsand
KONTAKT nils.eide-midsand@sshf.no

Da John Keats døde i Roma i februar 1821, 25 år gammel, hadde han utgitt tre diktsamlinger (1817, 1818, 1820) som stort sett var blitt latterliggjort og avskrevet som verdiløse av det etablerte litterære miljøet i hjemlandet. Keats tilhørte en undergrunnsbevegelse av kunstnere, journalister og diktere som vokste fram i London i de første par tiår av 1800-tallet. Miljøet sto i opposisjon til den etablerte kultureliten og den stadig sterkere politiske undertrykkelsen som kom i kjølvannet av den franske revolusjon. De stilte spørsmål ved samfunnspilarer som kongedømme, kirke og ekteskapet som institusjon, og markerte sin protest ved å legge bort halstørkleet og, enda mer opprørende, unnlate å kneppe igjen skjorten i halsen. John Keats og Percy Bysshe Shelley står i dag igjen som de to forgrunnsfigurene fra dette miljøet.

I motsetning til Shelley, en avhopper fra godseierklassen, var Keats født inn i Londons nedre middelklasse. Han gikk hverken på Eton, Oxford eller Cambridge, noe kritikerne brukte mot ham. Han ble nedlatende og ettertrykkelig satt på plass som en litterær oppkomling fra «cockney-skolen». Femten år gammel hadde Keats begynt i apotekerlære. Fire år senere fortsatte han utdannelsen ved Guys Hospital i London, en utdanning som ville ha ført fram til noe i nærheten av våre dagers allmennpraktiker. Samtidig skrev han dikt, og 21 år gammel, i mars 1817, avbrøt han utdannelsen for å livnære seg som dikter. I løpet av de tre neste årene skapte Keats en rekke mesterverk som er blitt stående som varige litterære høydepunkter, og som kulminerte med de fem odene skrevet i løpet av 1819 – i det han kalte sitt «levende år». Allerede våren etter startet hans «posthume tilværelse», Keats' egen betegnelse på sitt siste leveår: Han var for kraftløs og motløs til å dikte etter hvert som han syknet hen og døde av tuberkulose.

Ved siden av de poetiske mesterverkene var Keats også en dyktig brevskriver. Keats brev er å finne i Rollins (1958), og hans samlede dikt i Stillinger (1978). Brevene hans utgjør i seg selv en litterær skatt. Mange dikt ble skriblet ned i brev til venner og søsken og først utgitt etter hans død. Diktene dukker opp inniblant prosaiske beretninger fra hverdagslivet, vittige påfunn og småfreske personkarakteristikker – så vel som dyptloddende tanker om poesiens natur og funksjon i samfunn og selvutvikling. Gjennom brevene føles det nærmest som man er i samtale med denne unge mannen, der innfall, innsikter og visjoner formidles og improviseres over etter hvert som de faller ham inn. Mange har i ettertid forsøkt å samle de ulike innfallene til overordnede teorier om diktekunst og kreativitet, noe som sannsynligvis ville stått Keats fjernt. For ham framsto vitenskapelig rasjonalisme som is mot poesien varme kunnskap om livet (Roe, 2012).

Keats var først og fremst opptatt av poeten og poesien, den poetiske skapelsesprosessen. Men refleksjonene hans er interessante også i en videre sammenheng. Noen av dem framstår som forløpere til ideer og teorier som i årenes løp har blitt framsatt også innenfor vårt fag-



UNG POET Posthumt portrett av John Keats. Malt av William Hilton, ca. 1822.

område. De danner framfor alt fruktbare analogier til psykoterapeutisk arbeid, og har for meg vært en viktig kilde til inspirasjon opp gjennom årene. I dette essayet skal jeg prøve å belyse dette ved å trekke fram noen få av Keats' narrativer: hans forankring i det konkrete opplevde, hans toleranse for og fordomsfrie inntoning på motsetninger, hans berømte begrep «negativ evne» og til slutt hans oppfatning av livet som en prosess av sjeleforming (soul making).

«O, FOR A LIFE OF SENSATIONS
RATHER THAN OF THOUGHTS!»

(Brev til Benjamin Bailey, 22. november, 1817)

Ettersom Keats' diktning framfor alt er kjent for sine sensuelle, sansenære kvaliteter, føles det naturlig å begynne her. Keats var opptatt av at poesi må involvere og engasjere de fysiske sansene. Høytflyvende spekulasjoner finner ingen gjenklang hos ham; det er den konkrete opplevelsen her og nå som er det essensielle. I brevet til vennen Bailey sier han at han for sin del ikke kan forstå hvordan man kan finne sannheten gjennom logiske slutningsrekker. Man må veie det som hodet sier »

”

I motsetning til poesien mangler vitenskapen begreper som kan favne helheter



For Keats er sannhet
uløselig knyttet sammen
med det vakre

er sant, mot det som hjertet føler er sant, og gjøre hjertet til fornuftens lærer: dvele i fantasi og forestillingskraft, fryde seg ved sanseinntrykk, framfor å jage etter sannheten. For sannheten kommer når den kommer, og kan bare oppleves.

For Keats er sannhet uløselig knyttet sammen med det vakre. Heller ikke skjønnhet er en høytflyvende abstrakt idé hos ham, men består i følelser og sansninger. «*A thing of beauty is a joy forever*», sier han i sin mest siterte diktstrofe (Keats, 1818). Det er gleden, fryden, henrykkelsen som vekkes i oss, som er det sentrale. Skjønnheten ligger ikke i tingen i seg selv, men i sammensmeltingen av det som observeres, og observatørens indre verden (Motion, 1997). Det skjønnne er det sanne, og det sanne er sant fordi det *oppleves* som sant, som *min* sannhet. Det bringer oss avslapning, helse og rolig pust (Keats, 1818) i en verden full av påkjenninger. I mine ører er dette i god samklang med affektiv nevrovitenskap og hypotesen om at positive følelser som glede, fryd og entusiasme indikerer at noe er biologisk nyttig for oss, noe vi behøver for vår helse og vårt velvære (Panksepp, 1998).

Hjerneforskeren Iain McGilchrist beskriver i sin bok *The master and his emissary* (2009) hvordan utviklingen i den vestlige verden fra antikken og utover er preget av en stadig større dominans av ferdigheter hovedsakelig lokalisert i venstre hjernehalvdel (emissæren), med vekt på logisk analyse, fornuft og oppspalting av helheten i et «enten eller». Underveis har det vært perioder der høyre hjernehalvdel (mesteren), med sin større vekt på følelser, relasjoner og helhetens «både og», har prøvd å «slå tilbake». McGilchrist nevner romantikken som én slik periode og refererer bl.a. til Keats i den forbindelse.

Innenfor psykoterapifeltet ble tolkninger med rasjonell innsikt som mål lenge framhevet som det viktigste terapeutiske verktøyet. I våre dager har standardiserte metoder og pakkeforløp – utformet ut ifra en generalisert, desubjektivert gjennomsnittspasient skapt av matematikk og statistiske analyser, men ikke nødvendigvis eksisterende i virkeligheten – blitt opphøyd til mal for behandling av individer av kjøtt og blod, med innbyrdes svært ulike behov og preferanser. Emissærens frammarsj synes nær fullbrakt, for å holde oss til McGilchrists metaforer.

Men mesteren har også hatt sine forkjempere oppigjennom. En av de tidligste var Carl Gustav Jung med sin påpekning av intellektets begrensninger som erkjennelsesredskap. Han mener, liksom Keats, at vi har større nytte av å *erfare* sannheten enn å *vite* den. «Ikke å ha et intellektuelt begrep om ting, men å finne fram til den indre og kanskje ordløse, irrasjonelle opplevelsen» (Jung, 1931, s. 7, min oversettelse). Keats' framheving av fantasien og dens evne til å kombinere idéer framfor å sortere idéer finner også en parallell i Jung: Vår kulturs fornufts- og vitenskapsinfiltrerte virkelighetssyn med sin tilbøyelighet til å fragmentere tilværelsen, bryte opp helheten i distinkte, isolerte fenomener som så studeres uavhengig av hverandre, «fordunkler det universelle innbyrdes slektskap mellom fenomenene, slik at erkjennelsen av de større forbindelser, dvs. verdens enhet, blir vanskeligere og vanskeligere» (Jung, 1954, s. 46, min oversettelse).

I motsetning til poesien mangler vitenskapen begreper som kan favne helheter. Men praktiske tilnærminger som for eksempel mindfulness, som kreativ fordypning framfor som en innskutt avslapningsøvelse mellom bolker av sannhetsjag i et pakkeforløp, ligger nært opp til Keats' poetiske praksis. Enkelte av diktene hans framstår i seg selv som øvelser i

mindfulness, noe Suzie Grogan (2021) særlig framhever.

I opplevelsesorientert psykoterapi blir teraprommet et laboratorium der følelser, tanker og fornemmelser utforskes og eksperimenteres med gjennom nye og uventede relasjonelle samspill, inntil man har funnet fram til måter å være i verden på som oppleves som bedre, sannere, vakrere. Framfor å bibringe innsikt gjennom tolkninger er det klientens og terapeutens konkrete opplevelser som bærer prosessen framover. Inn i dette samspillet trer terapeuten med hele sin personlighet og ikke bare med sin analyserende, målrettede faglighet. Det er bare gjennom å knytte fenomenene til våre egne private historier at vi kan fatte og favne «det andre» helt og fullt – det være seg ordbildene i et dikt eller det pasienten bringer inn i det intersubjektive samspillet. Keats' diktning og brev og vennenes beskrivelser av ham tyder på at han til fulle behersket det vi i vårt felt benevner affektiv inntoning og synkronisering. Hans biografer framholder for øvrig at Keats' personlighet helt ifra barnsben av var preget av en spontan empatisk kraft (Coote, 1995).

«WELCOME JOY, AND WELCOME SORROW»

(Åpningsstrofe i fragmentet «A Song of
Opposites», 1818, utgitt i 1848)

Opplysningstidens diktere strebet etter å idyllisere og forskjønne tilværelsen; poesien ble en flukt fra selve livet. Romantikken, og spesielt Keats, utgjør en reaksjon på dette idealet: Diktet kunsten må favne livet slik det er, med alle sine motsetninger og paradokser. I løpet av sine fire produktive år lykkes Keats stadig bedre med å skape ordbilder og strofer som kombinerer motsetningspar som vakkert/heslig, behag/lidelse, bevegelse/stillstand, lekenhet/kontemplasjon i fortettede konsentrater. Det sentrale bildet i det narrative diktet *Isabella, or the Pot of Basil* (1820), for eksempel, er en uvanlig vakker og velduftende basilikum-plante, som nærer seg på et avhugget, langsomt råtnende manns-hode begravd i blomsterpotten og av tårene til mannens sørgende kjæreste som hegner om planten.

Keats hadde nok av erfaringer med livets skremmende og heslige sider. Som lærling ved Guys Hospital måtte han bistå ved operasjoner, som den gang ble utført uten effektiv bedøvelse, og hvor overlevelsesraten var lav. Kjennskap til menneskekroppen gjennom disseksjon ble tillagt stor vekt, i en tid der bare henrettede forbrytere var tilgjengelig for slike aktiviteter. Det dekket på langt nær etterspørselen, noe som førte til at det oppsto en illegitim handel med lik, gravd opp fra kirkegården i ulike grader av forråtnelse. En voldsom kontrast, kan man tenke seg, til blomsterenger, vindens sus i trærne og småfisk i sildrende bekker, som hadde fylt Keats med henrykkelse helt siden han var liten gutt.

Livet er fylt med kontraster og motsetninger, og poeten må akseptere og formidle helheten uten partiskhet. Å akseptere det paradoksale innebærer igjen et brudd med vitenskapelig tankegang. Logikk er en kognitiv funksjon som gir oss en opplevelse av orden i og kontroll over en kaotisk natur. Men vi må ikke forveksle dette med virkeligheten. Store deler av livet utenfor venstre hjernehalvdel er ikke styrt av logikk, men er tvert imot fylt av paradokser og uklårheter, der negasjonen til det vitenskapen erklærer som sant, kan være like virkelig, like sant. Logisk tenkning er styrt av enten eller, til og med når det er snakk om følelser. Dersom man elsker en person, hater man ikke vedkommende. Hvis man likevel gjør det, lider man av ambivalens som kan behandles. Men går vi dypt nok inn i oss selv, oppdager vi at Keats sannsynligvis har rett, og at det er ambivalens og paradokser som er sannheten om det å være menneske.

Ved siden av å akseptere den ene siden i et motsetningspar som «sant» og forkaste den andre som «usant» er integrasjon et knep vi ofte tyr til i psykoterapi – å dempe kraften i motsetningsparet, eventuelt bare i den siden vi liker minst, slik at tvetydigheten enten blir opphevet eller i det minste til å leve med. Jung presenterer et tredje alternativ som ligger nærmere opp til Keats' syn, å la motsetningene stå side om side og virke på hverandre med all sin kraft. Dette genererer en energiladet spenning, sier han, «som frambringer en levende, tredje ting – ikke en logisk dødfødsel i overensstemmelse med prinsippet *tertium non datur* (loven om den ekskluderte tredje), men en bevegelse ut av suspensjonen mellom motsetninger, en

»

levende fødsel som leder fram til et nytt nivå av væren, en helt ny situasjon» (Jung, 1916/1957, side 90, min oversettelse). Jung benevner dette som motsetningenes transcendent funksjon.

Jeg har erfart en slik tilnærming som nyttig i mange situasjoner. Som eksempel kan jeg nevne en sekstenåring som sliter med motstridende følelser av sterkt hat og sterk kjærlighet overfor foreldre som opp gjennom barndommen utsatte ham for vold og overgrep. En mulig vei mot psykisk velvære ville vært å hjelpe ham med å dempe følelsene, eventuelt bare de positive følelsene, tilstrekkelig til at de kunne integreres og eksistere i den samme subjektive virkeligheten. I stedet lot vi terapirelasjonens trygge og beskyttede rom bli en arena der begge følelser kunne uttrykkes og pleies med all sin styrke, eksistere side om side – i et kaos av motstridende affekter og impulser – og virke på hverandre inntil noe nytt, uventet og utenkt uvegerlig måtte oppstå – i dette tilfellet tilgivelse.

I psykoterapi støter vi stadig på informasjon og følelser, hos oss selv og klienten, som vi ikke liker og har vanskelig for å akseptere. Personlig husker jeg de første møtene med barn som hevdet at de ikke hadde opplevd seksuell kontakt med en voksen som spesielt negativt. Jeg møtte dem med vantro. Det var lett å bortforklare barnas utsagn som et resultat av fortrenningsmekanismer, identifikasjon med aggressor og lignende teoretiske konstruksjoner. Noe lignende skjedde i møtene med barn som følte skyld og medansvar for overgrepene. Det var fristende å avfeie slike følelser med lettvent logikk og fortelle dem at det alltid er den voksnes skyld, og at det utelukkende er den voksnes ansvar å se til at slikt ikke får skje – noe det vitterlig er, men ikke i disse barnas subjektive opplevelsesverden. Begge situasjoner utfordret både min moralske og faglige overbevisning, men å møte dem med mistro og bortforklaringer betød samtidig at jeg avgrenset hva jeg var villig til å ta imot av *deres* sannhet. Å akseptere den andre fullt ut innebærer at man ikke verger seg mot, men åpner seg opp for og ærer også informasjon og følelser som man har mindre sans for.

Det å bli terapeut er en livslang øvelse. I min egenutvikling på dette området ble Keats' refleksjoner rundt det han kaller «*kameleon-poeten*», en viktigere inspirasjonskilde enn psykologiens teorier. Poeten kan ikke ha en fast identitet når han dikter, argumenterer Keats;

han må stadig skifte identitet og anta identiteten til den figuren han er i ferd med å skape, om den er ond eller god. Han må *midlertidig* stille sine egne moralske anliggende i bero og leve i hver karakters sinn og kropp framfor å sette seg selv i sentrum og presentere verden fra sitt eget subjektive perspektiv, slik han mener Wordsworth gjør. En ekte poet «er alt og ingenting, han nyter lys og skygge, han lever med kraft, det være seg rett eller galt, høyt eller lavt, rikt eller fattig, usselt eller opphøyd ... Det som sjokkerer den dydige filosof, gleder kameleon-poeten ... han har ingen identitet, men former seg kontinuerlig – og fyller en annen substans – solen, månen, havet» (brev til Richard Woodhouse, 27. oktober, 1818, min oversettelse).

Som terapeuter må vi like fordomsfritt inntone oss på vår pasient, ta den andre inn uten å la oss begrense av våre egne intellektuelle, moralske og teoretiske fordommer. Vi må åpne oss for og utholde kaos, uvisshet, tvil, forvirring – orke å være i paradokset, i «godt» og «ondt», «rett» og «galt». Det innebærer ikke nødvendigvis aksept for at det «gale» og det «onde» også skal få lov til å leves ut, omsettes i handling. Det mente åpenbart heller ikke Keats, som var opprørt over urett og maktmisbruk, og som ved flere anledninger overveide å gå i gang med å forfatte politiske protestskriv, slik Shelley gjorde. Når han diktet, derimot – som når vi terapeuter inntoner oss på vår unike pasient – var det nødvendig å romme motsetningene og sette sin lit til det han betegner «negativ evne».

«BUT LET US OPEN OUR LEAVES LIKE A FLOWER, AND BE PASSIVE AND RECEPTIVE»

(Brev til John Hamilton Reynolds, 19. februar, 1818)

Keats anvender sitt mest kjente begrep – «negativ evne» – én eneste gang, i et brev til sine brødre George og Tom, datert 27. desember, 1817: «*I mean Negative Capability, that is, when a man is capable of being in uncertainties, Mysteries, doubts, without any irritable reaching after fact and reason.*»

Denne sinnstilstanden er ikke negativ i betydningen mindreverdigg, men analog til den negative elektriske pol, mottagende framfor aktivt handlende. Ifølge McGilchrist (2009) oppstår dikotomien aktiv-passiv ut av et behov for kontroll. Passivitet innebærer tap av kontroll, selvbestemmelse, effektivitet og nytte, mens aktivitet står for det motsatte. Keats opphever denne dikotomien. Han framholder at det ikke er alt som lar seg frambringe gjennom vilje-innsats, som kan tvinges til visshet og klarhet, men som heller må få vokse naturlig fram med all sin tvetydighet i et mottakelig sinn.

Godt og vel hundre år etter Keats introduserte Jung (1929) begrepene «*geschehenlassen*» (å la skje) og «*betrachten*» (å betrakte) for å beskrive sin innstilling til fenomener som oppstår i det terapeutiske samspillet. Å la fenomenene oppstå uten å tolke dem, forstå dem eller fanges av dem, men som et utgangspunkt, observere dem og først når tiden er moden for det, inngå i en dialog med dem gjennom det han kaller aktiv innbillingskraft («*active imagination*»). Om Jung var påvirket av Keats på dette punkt, vites ikke. Det vet vi derimot at Wilfred Bion (1970) var. I likhet med Marion Milner (2011) refererer han til Keats i flere publikasjoner (Civitarese, 2019; Sigler, 2018), og låner hans begrep «negativ evne»

for å utdype sin oppfordring til terapeuter om å legge bort hukommelse, ønsker og fornuft i møtet med pasienter.

Det er gjennom å anvende sin negative evne at man blir i stand til å være helt og fullt i sansene, dempe fornuft og virketrang, oppheve motsetningspar og ta verden uhildet inn. Innsiktene som utkrystalliserte seg i Keats' brev til venner og søsken gjennom 1817 og 1818, kommer til fullt uttrykk i mesterverkene fra 1819. De store odene flyter nærmest over av fortettede, tvetydige bilder, kraftige dissonanser, blandede metaforer og motstridende impulser som ikke lar seg gripe med fornuften. Og det er umulig å fastslå med sikkerhet hva et narrativt dikt som *The Eve of St. Agnes* egentlig handler om. Er det en kjærlighetsakt eller en voldtekt som beskrives? Hva er drøm, og hva er virkelighet? Diktene kan ikke forstås. De er som musikkstykker komponert i bilder i stedet for noter (Miller, 2021). Leseren tvinges til å anvende sin egen negative evne, til å åpne seg opp for bildene og bare la dem virke på kropp og sinn. De frigjør fantasien til å leke med muligheter framfor å lete etter svar.

«CALL THE WORLD IF YOU PLEASE
'THE VALE OF SOUL-MAKING'»

(Brev til broren George, 21. april 1819)

Keats' mesterverker fra 1819 er som diamanten oppstått under et enormt trykk. Dikterens siste par leveår var preget av en rekke personlige tragedier, og lidelsens natur og hensikt ble et stadig mer påtrengende tema for ham. Han hadde lite til overs for bibelsvart kristendom som forklarer tilværelsen som en jammerdal – en jammerdal vi håper å bli frelst fra ved at en gud finner oss verdig til å slippe inn i himmelen. Tilværelsen er tvert imot en «sjeleformingsdal» hevder Keats, der lidelse inngår som en naturlig og nødvendig dimensjon. Motgang og lidelser er med på å forme oss til sjeler – til individer med sin egen særegne identitet og personlighet. Keats' idé om sjeleforming har likhetstrekk med Jungs beskrivelser av selv-virkeliggjøringen eller individuasjonen, en naturlig prosess som former oss til psykologiske individer – til separate, udelelige helheter utskilt fra totaliteten. I denne prosessen inngår lidelse, ikke som sykdom, men som en normal motsats til lykke, mener også Jung (1935).

Jeg har inntrykk av at toleransen for ubehag blir stadig dårligere i det moderne samfunnet. Hver minste engstelse eller triste tanke oppleves som unaturlig – som et fremmedelement i vår evinnelige søken etter lykke, som må diagnostiseres og lukes bort, det være seg med terapi eller med medikamenter. Vi streber etter det gode liv, men er så fokusert på å unngå ubehag at vi glemmer å være oppmerksomme når det gode liv innimellom kommer til oss. Derimot er vi raske til å la motgang, skuffelser og små vondter fylle hele vår oppmerksomhet når de inntreffer. Keats forsto at vi ikke kan vokse og utvikle oss dersom vi til enhver pris må unngå lidelsen, og han skapte poesi for å hjelpe oss med å bære byrdene og utvikle visdom.

Fra et slikt perspektiv blir overgangen fra medisiner til dikter ikke så bardus som den kan virke ved første øyekast. Apollon er gud for både legekunst og poesi. Keats ser ikke poeten som en livsfjern drømmer trygt forankret i sitt elfenbenstårn. Han eller hun er en praktiker, en heler som søker å behandle menneskehetens plagede sjeler med poesi (Bad-



Jeg har inntrykk av at toleransen for ubehag blir stadig dårligere i det moderne samfunnet





Keats forsto at vi ikke kan vokse og utvikle oss dersom vi til enhver pris må unngå lidelsen

hei, 2016). Keats tok med dette opp en tråd fra antikken, en tråd som også dagens psykoterapier spinnnes omkring, nemlig troen på at sjelebot kan oppnås ved hjelp av ord, fantasier og meningsfylte bilder. ✖

REFERANSER

- Badhei, J. (2016). The healer as a poet: John Keats and the use of poetry as therapy. *International Journal of English Language, Literature and Translation Studies*, 3, 546–550.
- Bion, W. R. (1970). *Attention and interpretation*. Tavistock Publications.
- Civitaresse, G. (2019). On Bion's concepts of negative capability and faith. *The Psychoanalytic Quarterly*, 88, 751–783. <https://doi.org/10.1080/00332828.2019.1651176>
- Coote, S. (1995). *John Keats: A life*. Hodder & Stoughton.
- Grogan, S. (2021). *John Keats: Poetry, life and landscapes*. Pen & Sword History.
- Jung, C. G. (1916/1957). The transcendent function. I C. G. Jung (Red.), *The structure and dynamics of the psyche. Collected Works, Vol. 8* (side 67–91). Princeton University Press, 2. utg. 1969.
- Jung, C. G. (1929). Commentary on the secret of the golden flower. I C. G. Jung (Red.), *Alchemical studies, Collected Works, Vol 13* (side 1–55), Princeton University Press, 1968.
- Jung, C. G. (1931). *Seelenprobleme der Gegenwart*. Rascher Paperback, nyutgivelse i 1969.
- Jung, C. G. (1935). The Tavistock lectures. I C. G. Jung (Red.), *The symbolic life, Collected Works, vol. 18* (side 5–184). Princeton University Press, 1977.
- Jung, C. G. (1954). *Mysterium coniunctionis: An inquiry into the separation and synthesis of psychic opposites in alchemy, Collected Works, Vol. 14*. Princeton University Press, 2. utg. 1970.
- Keats, J. (1817). *Poems by John Keats*, C. & J. Ollier.
- Keats, J. (1818). *Endymion*. Taylor & Hessey.
- Keats, J. (1820). *Lamia, Isabella, The Eve of St Agnes, and other poems*. Taylor & Hessey.
- McGilchrist, I. (2009). *The master and his emissary: The divided brain and the making of the western world*. Yale University Press.
- Miller, L. (2021). *Keats: A brief life in nine poems and one epitaph*. Jonathan Cape/Vintage.
- Milner, M. (2011). *An experiment in leisure*. Routledge.
- Motion, A. (1997). *Keats*. Faber & Faber.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press.
- Roe, N. (2012). *John Keats: A new life*. Yale University Press.
- Rollins, H. E. (1958). *The letters of John Keats, 1814 – 1821 (2 vol.)*. Cambridge University Press.
- Sigler, D. (2018). Negative capability in psychoanalysis: Keats and retroactive judgement in Bion, Freud, Lacan and Milner. I B. Rejack & M. Theune (red.), *Keats's negative capability: new origins and afterlives* (s. 216–231). Liverpool University Press.
- Stillinger, J. (1978). *John Keats: Complete poems*. Harvard University Press.

Perfeksjonisme og selvmedfølelse

Lidelse, sårbarhet og nederlag er unngåelige deler av å være menneske. Vivian Irena Woodfin har forsket på hvordan vi behandler oss selv når livet er vanskelig, og hvordan dette virker inn på vår psykiske helse.

Vivian Irena Woodfin disputerte nylig med avhandlingen «Self-Compassion and Perfectionism» ved Universitetet i Bergen. Funnene fra doktorgradsprosjektet bidrar til å utvide forståelsen av hva perfeksjonisme er, og hvordan man kan hjelpe mennesker som strever med sterke former for perfeksjonisme.

Perfeksjonisme handler om frykt for å bli vurdert, høye standarder og overdrevet selvkritikk. For å kunne studere dette fenomenet er det viktig å ha måleverktøy som er i stand til å fange opp perfeksjonisme på en reliabel, valid og effektiv måte. Perfeksjonisme kan operasjonaliseres og måles på ulike måter i forskningen, som igjen kan føre til forskningsresultater som ser på forskjellige, men lignende fenomener.

I den første studien undersøkte Woodfin egenskapene ved et kort måleinstrument for perfeksjonisme. Funnene viser at perfeksjonisme består av to faktorer som kalles «evalueringsbekymring» og «høye standarder». Kun den førstnevnte var sterkt assosiert med både angst og depresjon. Dette kan tyde på at frykten for å bli evaluert og bekymring knyttet til egne prestasjoner er mer forbundet med psykiske problemer enn det å sette seg høye mål. Stipendiaten legger i konklusjonen vekt på at longitudinelle studier som ser på sammenhengen mellom disse faktorene og psykiske helseutfall over tid, er nødvendig for å kunne si noe om utviklingen av psykiske problemer hos personer med forhøyet perfeksjonisme.

I tillegg til å se på de psykometriske egenskapene ved skalaen som er utviklet for å måle perfeksjonisme, undersøkte Woodfin hvordan personer som skåret høyt på perfeksjonisme, selv beskrev hvordan vonde livshendelser påvirket dem i relasjon til andre. Som en motvekt til flertallet av kvantitative studier på feltet, gjennomførte Woodfin og kolleger ni dybdeintervjuer. Funnene pekte på at individer som er spesielt perfeksjonistiske, ofte tar på seg ansvar og bruker sosiale distanseringsstrategier når ting blir vanskelig i relasjoner. Tidligere forskning har pekt på at perfeksjonisme kan være en barriere i psykologisk endringsarbeid, og disse funnene bidrar til en økt og mer kompleks forståelse av de relasjonelle mekanismene som underligger utfordringer i behandlingsforløpet til personer med forhøyet perfeksjonisme. Deltagerne beskrev at de hadde en sterk ansvarsfølelse og frykt for å bli såret, noe som er med på å underbygge viktigheten av å bygge en sterk allianse i det terapeutiske arbeidet.

Den siste studien i doktorgraden besto av en intervensjonsstudie i selvmedfølelse. Selvmedfølelse handler om å behandle seg selv med vennlighet i øyeblikk hvor vi møter lidelse. Et kort treukers selvmedfølelseskurs ble sammenlignet med ventelistekontroller, og funnene fra studien med 89 deltagere viste signifikante reduksjoner i uhensiktsmessig perfeksjonistiske tendenser, og reduksjon i



FOTO: SILJE KATRINE ROBINSON / UIB

engstelige og depressive symptomer. I tillegg hadde intervensjonsdeltagerne høyere selvmedfølelse og forbedret kroppsbilde sammenlignet med kontrollgruppen.

Kilde: Universitetet i Bergen

PUBLIKASJONER I DOKTORGRADEN:

- Woodfin, V., Binder, P. E., & Molde, H. (2020). The Psychometric Properties of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale-Brief. *Frontiers in Psychology, 11*, 1860. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01860>
- Woodfin, V., Hjeltnes, A., & Binder, P. E. (2020). Perfectionistic Individuals' Understanding of how Painful Experiences Have Shaped Their Relationship to Others. *Frontiers in Psychology, 12*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.619018>
- Woodfin, V., Molde, H., Dundas, I., & Binder, P. E. (2021). A Randomized Control Trial of a Brief Self-Compassion Intervention for Perfectionism, Anxiety, Depression, and Body Image. *Frontiers in Psychology, 12*, 751294-751294. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.751294>

Mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppe for ungdom i BUP

Mentalisering er ufordrende for ungdom med begynnende personlighetsproblematikk. En mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppe kan gi dem nyttige erfaringer.

TEKST Cilje Sunde
Rolfjord og Jennie
Gärderup Richard

MERKNAD
Forfatterne
er likeverdige
bidragsyttere til
artikkelen

FOR MANGE er ungdomstiden preget av svingende følelser og turbulente relasjoner. Turbulensen er en normal del av utviklingen, men for noen blir den så stor at det går ut over funksjon og livskvalitet, og personlighetsutviklingen kan påvirkes negativt. Evnen til å forstå egen og andres atferd og indre tilstander, det vil si å mentalisere for å skape sammenheng i tilværelsen, er fortsatt under oppbygging. Tenåringer er rettet utover mot de jevnaldrende. Det sosiale behovet er ofte stort, og både selvbildet og tilliten til andre mennesker og verden utformes i relasjon til andre (Kéri & Wiwe, 2017).

Ungdommer med ustabile eller unnvikende personlighetstrekk, med mistillit og svingende følelser, er en gruppe vi ofte møter i BUP. Rundt 20 prosent av ungdommene som kommer til BUP, oppfyller diagnostiske kriterier for en personlighetsforstyrrelse (Korsgaard, 2017). Internasjonale studier tyder på den samme forekom-

sten ellers i verden (Chanen, 2015). Det kan være vanskelig å finne og opprettholde fokus i behandlingen når symptombildet veksler hyppig og kriser stadig avløser hverandre. Ungdommene vi møter, har ofte blitt sittende fast i et indre selvhat som gjør dem sårbare, og de forventer den samme foraktfølelsen fra verden rundt seg (Rossouw et al., 2021). Som behandler er det lett å bli smittet av håpløsheten, og kjenne ensomhet i bekymringen man kan bære for pasienten.

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) har vist lovende resultater for ungdommer med begynnende personlighetsproblemer, selvskading og selvmordsatferd (Rossouw & Fonagy, 2012). Nyere studier fra både Danmark (Beck et al., 2020) og Skottland (Griffiths et al., 2019) antyder også at MBT-gruppe for ungdommer har potensial som en virksom behandling. Man har blant annet sett at den økte reflekterende funksjonen hos ungdommene førte til redusert

selvskading. Nylig ble det publisert en kvalitativ intervjustudie om erfaringer med psykoedukativ MBT-gruppe for voksne (Ditlefsen et al., 2021). Studien framhever at det opplevdes nyttig å få bedre begreper for å forstå seg selv og hva som skjer når mentaliseringsevnen bryter sammen (mentaliseringssvikt), og å få verktøy for å håndtere slike situasjoner i praksis. Del-takelsen ga også følelsen av ikke å være alene om å ha disse vanskene.

Ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, ungdomsseksjonen ved Nic Waals Institutt, valgte vi med bakgrunn i egne erfaringer og forskning å starte et MBT-team i 2016 (Cappelen & Rolfsjord, 2019). I tillegg til individual- og familierapi startet vi en psykoedukativ gruppe for ungdom som en del av MBT-behandlingstilbudet. Vi valgte å kalle gruppa *Kurs i mentalisering* for å betone at det var en arena for å få kunnskap, men også for å ufarliggjøre gruppa. Vårt håp var at gruppa skulle gi ungdommene en mulighet til å øve seg på å være i relasjon med jevnaldrende, og at den skulle fungere som en «booster» til individualterapien.

Vi har gjennomført åtte runder med psykoedukative grupper/kurs ved Nic Waals Institutt og ved BUP Vest i Oslo, og en runde med digital gruppe under koronapandemien. Her vil vi dele noen av våre erfaringer, formidle hvorfor vi tenker denne type gruppe er et godt sup-



Håpet er at ungdommene skal få øve på å mentalisere sammen, på en måte både speile og bli speilet

plement til behandling av ungdommer i BUP, og kanskje inspirere andre til å prøve ut denne måten å jobbe på.

HVORFOR MB-GRUPPE?

Målet med gruppa er at ungdommene skal forstå hva mentalisering er, og hvordan evnen til å mentalisere påvirker vår psykiske helse. Håpet er at ungdommene skal få øve på å mentalisere sammen, på en måte både speile og bli speilet. Gjennom å få teoretisk kunnskap og praktisk erfaring med mentalisering i en gruppe med jevnaldrende og to terapeuter er tanken at ungdommene skal bli mer oppmerksomme på sin egen fungering og ta med seg erfaringene ut i omverdenen, slik at det blir lettere å vise større aksept og nysgjerrighet for andres og eget sinn.

Intervensjonene i mentaliseringsbasert terapi med ungdommer (MBT-A) kan oppsum-



Grunnpilarer i terapeutisk holdning:

1. Fremme en nysgjerrig, utforskende, ikke-vitende holdning overfor både sitt eget og andres indre, med fokus på følelsesopplevelser. Vise og gi støtte og ha fokus på empati.
2. I forståelse og intervensjoner prøver vi å balansere dimensjonene «indre fokus versus ytre fokus», «automatisk versus kontrollert», «kognitiv versus affektiv» og «selvrefleksjon versus refleksjon rundt andre» når vi sammen reflekterer (mentaliserer) omkring ulike situasjoner.
3. Stoppe ikke-mentalising, ved en aktiv, terapeutisk stil, der man kan måtte gripe inn og si «stopp en hal!» Gjerne med bruk av litt humor. Klargjøre, men også utfordre.
4. Ha fokus på god mentalisering, løfte det fram og sette søkelyset på det når det skjer. Få til felles oppmerksomhet rundt dette.

mert sies å stå på fire ben (Rossouw et al., 2021) (se tekstboks), som også er de viktigste grunnpillarene for den terapeutiske holdningen vi bruker inn i gruppa.

GANGEN I KURSET

Kurset går over seks ganger à 75 minutter. Vi har lagt vekt på at det er viktig at man er til stede alle gangene, både for å få med seg innholdet og for å skape en trygg atmosfære. Når det har vært mulig, har vi tilbudt et eget møte for foreldre, der vi går gjennom temaene for gruppa. Vi har hatt vide inklusjonskriterier: ungdommer mellom 14 og 18 år, og ikke begrenset til ungdom som har individuell behandling i MBT-teamet. Vi tenker at gruppa er nyttig både for ungdommer med tydelig ustabilitet og utagering og for ungdom med mer unnvikende personlighetstrekk. Gruppestørrelsen har variert fra fire til ti deltakere. For å ivareta gruppeprosesser og bidra til trygghet og en mer leken form, er vi alltid til gruppeledere/terapeuter.

Materiellet til kurset har vi utarbeidet underveis med utgangspunkt i «Manual for mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppetterapi» (MBT-I) for voksne (Karterud & Bateman, 2011) og med inspirasjon fra manualen MBT-P for ungdom (Mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppetterapi for ustabile unge) utviklet av Magrethe Botn og Knut Asbjørn Ulstein ved Ålesund BUP (ikke publisert). I løpet av kurset ser vi også på mange små filmsnutter, blant annet fra tv-serien SKAM, og bruker det som utgangspunkt for samtaler og diskusjoner i gruppa.

TEMAER FOR GRUPPA FRA GANG TIL GANG

1. Mentalisering. Første gang er temaet mentalisering. Målet er å være nysgjerrige og undre oss sammen over det vi ser på eller snakker om og på den måten prøve å forstå oss selv og andre litt bedre, selv om det ikke finnes riktige eller gale svar. Alle deler erfaringene og tankene som de ønsker å dele, og vi understreker at både terapeutene og gruppe medlemmene har taushetsplikt om det vi forteller av personlige historier.

Ved å mentalisere det som skjer i rommet her og nå, for eksempel å sette ord på at alle er litt nervøse, spente, kanskje også nysgjerrige på hverandre, bidrar vi til å skape en trygg gruppe.

Vi snakker om hvordan mentalisering er noe alle gjør uten å tenke på det mye av tiden, men

at det ikke alltid er så lett. Ofte får vi raskt tak på forskjellen mellom automatisk eller ubevisst mentalisering, der vi ikke tenker så mye over hva som skjer, og der vi må stoppe opp, blir usikre på om den andre eller vi selv har forstått riktig, og må gå over til mer kontrollert eller bevisst mentalisering.

Vi ser på klipp fra tv-serien SKAM med fokus på hva som skjer mellom og inni ungdommene som snakker sammen. *Hva mener de egentlig? Hvordan føles det for de to ungdommene under samtalen?* Vi velger bevisst klipp som viser litt dårlig mentaliseringsevne for å sette i gang reaksjoner og diskusjoner i gruppa.

2. Følelser. Andre gang starter vi med å skrive så mange navn på følelser som mulig på ei tavle. Vi ser korte filmklipp som setter i gang forskjellige følelser som glede, skam, overveldelse og frykt, og tenker sammen rundt hvordan opplevelsene kan føles.

Samtalen dreier seg rundt grunnleggende følelser, hva som er mer sosiale og komplekse følelser, hvordan vi kan velge å undertrykke og skjule følelser bevisst, eller at én følelse kan dekke over en annen, og at det tar tid før man skjønner det selv. Følelser kan være klare, uklare, lette og vanskelige å forstå. Vi trekker inn temperament og at det er individuelle forskjeller på hvor fort og kraftig man reagerer, og på tiden det tar å roe ned eller å gå fra en følelse til en annen.

Mange gruppedeltakere har hatt få ord for følelser, og det å snakke om følelser så tidlig i kurset gjør at de senere tør å bruke følelsesordene og utforske mer. Erfaringsmessig letter stemningen, og det blir etablert en større grad av gruppefølelse og et åpnere klima.

3. Mentalisering og følelser. Tredje gang vi møtes, fokuserer vi på å koble sammen mentalisering og følelser. Sterke følelser kan gjøre det vanskeligere å være åpen og nysgjerrig på hva som foregår i eget og andres sinn. I stedet kan



Mange gruppedeltakere har hatt få ord for følelser

skråsikkerhet, svart-hvitt-tenkning og manglende hensyn til følelser ta over, noe som er tegn på at mentaliseringsevnen er under press.

Vi snakker også om «hypermentaliserings» – når man kan bli altfor opptatt av hva andre tenker og føler, og overtolker og legger altfor mye i andres oppførsel. Mange av ungdommene kjenner seg igjen i denne formen for «overtenking», som de gjerne kaller det.

Vi har fokus på hvordan vi kjenner igjen sterke følelser hos oss selv og andre. For noen kan det være enklere å forstå følelser hos seg selv, mens andre sier at de har lettere for å forstå andre mennesker. Vi snakker om hvordan vi kan håndtere og regulere følelser på egen hånd, men også med hjelp fra andre. Både gruppelederne og ungdommene deler eksempler på hvordan vi takler «mentaliseringsviktene» som kan oppstå når følelsene tar overhånd. Det blir tydelig at ungdommene kjenner seg igjen i hverandre, men også at de får nye tanker og idéer og kan støtte hverandre.

4. Misforståelser. Fjerde gang er viet til hva som kan påvirke og forstyrre vår evne til mentalisering slik at misforståelser oppstår. Ut fra en modell om hjernens fungering snakker vi om forskjellen mellom kontrollert mentalisering og auutomatisk mentalisering, der en kan gå over på «autopilot» når spenning og stress øker.

Med utgangspunkt i ungdommenes egne opplevelser prøver vi å forstå misforståelser. Et hovedpoeng er at vi aldri fullt ut kan forstå hva som foregår i andre mennesker, og kanskje heller ikke i oss selv. Vi snakker om at vi har tilgang til en overflate av tanker og følelser som ofte skjuler mer uklare ønsker og intensjoner, som et metaforisk isfjell. Mange kjenner seg igjen i at de som barn kunne ha en opplevelse av at foreldrene burde og kunne forstå alt om dem, og at det kan være frustrerende eller trist å oppdage at slik «tankelesing» egentlig ikke er mulig.

5. Tilknytning. Gang fem handler om et tema vi opplever kan være spesielt utfordrende å snakke om og føle på, men som ungdommene også er veldig interessert i. Vi snakker om familie og tidlige tilknytningsrelasjoner, venner og jevnaldrende, og forsøker å formidle håp om at endring i relasjonsmønstre er mulig.

Disney-filmen *Frost* har de fleste sett som barn, og ungdommene liker godt å analysere de forskjellige karakterene i filmen ut fra sin

nyervervede kunnskap om tilknytningsstiler. Vi kan sammen konstatere at det ofte er mange nyanser og sjelden et tydelig, bestemt svar når det handler om mellommenneskelige relasjoner. Tilknytningstemaet kan være sårt for noen; de kan føle på tristhet over nærhet de har ønsket seg, men ikke fått, og kan komme i kontakt med følelser av avvisning. De kan også sette ord på hva de trenger fra venner, hvordan de selv ønsker å være i sine relasjoner, og de kan bli mer bevisste på hvordan de nærmer seg andre mennesker.

6. Avslutning. Siste gang er det avslutning og feiring. Vi spiser popcorn og drikker kakao eller brus, og oppsummerer hva vi har lært. Vi pleier også å lage en lek der alle skriver ned tre egenskaper om seg selv, der to skal være sanne og en ikke skal stemme, og så må vi andre diskutere høyt sammen og gjette. Her får vi fram fiffige, omtenkssomme og interessante tanker de har gjort seg om hverandre, eller som de har om seg selv. Det er tydelig hvor viktige de ofte har blitt for hverandre, og de virker mer åpne om sårbare sider ved seg selv. Også ungdommene som har deltatt lite i diskusjonene tidligere, får vist fram litt mer av seg selv og får høre hva de andre tenker om dem.

VÅRE ERFARINGER

Litt lærer, men mest medtenker

Vår erfaring er at ungdommene vil ha så lite skoleform som mulig, og vi skjønte raskt at det var lurt å begrense antall PowerPoint. Vi opplevde det som viktig å ha et levende materiell som engasjerte ungdommene, og at vi var personlige, nysgjerrige og åpne. Derfor har vi ofte drøftet sammen foran deltakerne og vært åpne på at vi ikke alltid vet, trenger tid til å tenke, og har følelser som gjør at vi kan misforstå og ta feil. Det å høre oss tenke og mentalisere sammen om det som skjer i gruppa her og nå, er en viktig del av læringen for ungdommene, og vi tror terskelen for å dele egne refleksjoner blir lavere. Som gruppeleder i psykoedukativ gruppe i MBT er det en balanse mellom å lære bort, å være litt «lærer», og samtidig ha en «uvitende» holdning som stimulerer til egen tenkning og mentalisering hos ungdommene.

Tilbakemeldinger fra ungdommene

Skriftlige og muntlige tilbakemeldinger fra ungdommene er overveiende positive. Inter- »

essant nok virker ikke selve innholdet i kurset som det viktigste, selv om de fleste evaluerer innholdet som nyttig. Det ungdommene særlig framhever, er de relasjonelle erfaringene de har fått. De aller fleste gir uttrykk for at det har kjentes trygt å dele tanker og følelser med gruppa, og at de har forstått mer om følelser. Mange gir også tilbakemelding om at de gjerne skulle ha møttes over enda lengre tid, at det kjennes som man «akkurat har kommet i gang». Nesten alle ungdommene har svart bekreftende på at de gjerne ville ha fortsatt i en samtalegruppe hvis det hadde vært mulig.

Særlig dette siste tenker vi er interessant. Vår erfaring er at det utvikler seg en tydelig gruppetilhørighet og følelse av samhold i gruppa. For mange av ungdommene har gruppa vært en ny måte å være sammen med jevnaldrende på. Som en deltaker sa: «Jeg har på en måte brukt gruppa som et slags sosialt eksperiment, ved at jeg har prøvd ut måter å være på som jeg ikke vanligvis er. Jeg har delt mer personlige ting, vist fram mer sårbarhet. Og det har jo gått bra! Så kanskje jeg tar sjansen på å prøve det utenfor gruppa også.»

Ungdommenes tilbakemeldinger speiler i stor grad funn i forskningen på voksnes erfaringer fra mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppe (Ditlefsen et al., 2021).

Gruppa som «potensielt rom»

Vi tenker at gruppa har en funksjon i prosessen med å prøve ut og finne fram til sin identitet. Den skaper et lekende mellomområde eller «potensielt rom» mellom fantasi og virkelighet (Winnicott, 1982). Modellen der vi satser på psykoedukasjon gjennom filmer og video, skaper et mindre farlig mellomområde for å tenke sammen, og det fungerer fint for ungdommer. Vi opplever at lekenheten og forestillingsevnen blir stimulert, at det ikke er så farlig å feile, og at ungdommene ikke føler seg så sårbare når vi kan snakke om andre på film i starten og på den måten skape en tillatende atmosfære.

Per Are Løkke (2016) betegner ungdommens individuasjonsprosess som å «hakke seg ut av egget», en prosess der ungdommen må gjøre sine egne erfaringer. Den voksne må ta et skritt tilbake for ikke å forstyrre en tidvis smertefull og kronglete vei ut i friluft. For noen kan skallet være hardere å hakke seg gjennom. Å prøve ut «nebbet» i samtaler om små filmsnutter fra for eksempel SKAM kan virke som et «poten-



Vi har erfart at det er viktig å ikke være voksne med ferdige svar, ikke lære bort teknikker

sielt rom», men også et springbrett over i virkeligheten, der ungdommene etter hvert kan ta sjansen på å dele noe om seg selv og sine egne erfaringer.

Det at samtalene foregår i en gruppe med jevnaldrende, men også med et «stillas» bestående av to voksne terapeuter og en formalisert ramme (Vygotsky, 1978) kan hjelpe ungdommene med å bevege seg inn på nytt og ukjent territorium, der utviklingen kan skyte fart. Vi har erfart at det er viktig å ikke være voksne med ferdige svar, ikke lære bort teknikker, men stimulere deltakerne til tenking, å kjenne etter og å prøve å forstå sammen. Transparens om at vi som voksne og gruppeledere også kan kjenne på usikkerhet, har vist seg å være en fin måte å bryte isen på, og kan virke nedregulerende på spenningsnivået hos både ungdommer og gruppeledere.

Den åpne, ikke-diagnosespesifikke rekrutteringen til gruppa har vist oss at de forskjellige personlighetstrekkene hos deltakerne bidrar til at de lærer av hverandre, og oppdager nye måter å tenke og føle på. Det skaper mer ro og balanse, men også god dynamikk i gruppa når ungdommens temperament er forskjellig. Vi ser at ungdommens evne til å engasjere seg i andre vokser underveis når de opplever at de betyr noe for noen. Som gruppeledere har det vært rørende å se hvor støttende ungdommene er overfor hverandre.

AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER

Vi har stor tro på å gi mer gruppeterapi til ungdommer og er enige med Ness Bjerke, Botn, Hjort og Ulstein (2021) om at altfor diagnosespesifikk og avgrenset behandling kan bli for krevende for ungdommer som strever med tilitt og ustabil fungering. Psykoedukative MBT-grupper kan være et viktig supplement til tradisjonell behandling i BUP, spesielt for den gruppa ungdommer som strever med mentalisering, og der det er risiko for å utvikle mer

alvorlige personlighetsproblemer. Vi har sett at enkelte ungdommer, særlig de med mer unnvikende personlighetstrekk, har gjennomgått store endringer, der de gradvis har turt å være mer deltakende og dele mer av sine tanker og meninger.

Vår erfaring er at gruppa gir ungdommene mer fart og trygghet ut i livet, og mindre fokus på psykiatriske symptomer. I tillegg er grup-

peformatet en givende og kreativ måte å jobbe sammen med kollegaer på. Det skaper en god lagfølelse rundt ungdommer der det ofte er mye dramatik som kan vekke bekymring hos behandlere. Ved å engasjere ungdommene i diskusjoner om temaer de kjenner igjen fra sitt eget liv, arbeider man med mentalisering i gruppa ikke bare gjennom teori, men også i praksis. ✕

REFERANSER

- Beck, E., Bo, S., Jørgensen, M. S., Gondan, M., Poulsen, S., Storebø, O. J., Andersen, C. F., Folmo, E., Sharp, C., Pedersen, J. & Simonsen, E. (2020). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(5), 594–604. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13152>
- Botn, M. & Ulstein K.A. MBT-P for ungdom (Mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppeterapi for ustabile unge). *Upublisert manual*.
- Cappelen, F. & Rolfsjord, C. S. (2019). MBT-team for ungdom med svingende følelser. *Mellanrummet.net*, *Nordisk tidskrift för barn- och ungdomspsykoterapi*.
- Chanen, A. M. (2015). Borderline personality disorder in young people: are we there yet? *Journal of Clinical Psychology*, 71(8), 778–791. <https://doi.org/10.1002/jclp.22205>
- Ditlefsen, I. T., Nissen-Lie, H. A., Andenæs, A., Normann-Eide, E., Johansen, M. S. & Kvarstein, E. H. (2021). «Yes, there is actually hope!» – A qualitative investigation of how patients experience mentalization-based psychoeducation tailored for borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 31(3), 257. <https://doi.org/10.1037/int0000243>
- Griffiths, H., Duffy, F., Duffy, L., Brown, S., Hockaday, H., Eliasson, E., Graham, J., Smith, J. Thomson, Al. & Schwannauer, M. (2019). Efficacy of Mentalization-based group therapy for adolescents: the results of a pilot randomised controlled trial. *BMC psychiatry*, 19(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2158-8>
- Karterud, S. & Bateman, A. (2011). *Manual for mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppeterapi (MBT-I)*. Gyldendal Akademisk.
- Kéri, V. & Wiwe, M. (2017). *Mentalisering och psykisk ohälsa hos ungdomar*. Studentlitteratur, Lund.
- Korsgaard, H. O. (2017). *Personality Disorders in Adolescent Outpatients: a Cross-sectional Study of Prevalence, Comorbidity and Quality of Life* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Oslo.
- Løkke, P. A. (2016). Å hakke seg ut av egget. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(3), 200–206.
- Ness Bjerke, S., Botn, M., Hjort, C. & Ulstein, K.-A. (2021). Gi gruppeterapi til ungdommen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(2), 136–137.
- Rossouw, T. I. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*, 51(12), 1304–1313. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>
- Rossouw, T., Wiwe, M. & Vrouva, I. (2021). *Mentalization-Based Treatment for Adolescents, A Practical Treatment Guide*. Routledge.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in Society*. Harvard University Press.
- Winnicott, D. W. (1982). *Playing & reality*. Routledge.

Fluktens pris - postmigrasjonsvansker

Livet etter flukt byr på utfordringer som flyktningen ikke er forberedt på å møte. Opptatt av å bringe seg selv i trygghet tar man for gitt at man fortsatt vil være den samme også i det nye landet. Men flukt bærer med seg en skjult trussel mot selvet.

TEKST

Zemir Popovac

KONTAKT

zemir@favne.no

Bekken svingte seg livlig gjennom skogen. Omfavnet av sine bredder lekte den seg gjennom alle typer landskap før den omsider nådde til ørkenens sand. Akkurat slik den hadde tatt seg over mange daler og danset seg rundt ethvert hinder, prøvde den nå å krysse ørkenen. Men uten skogens faste grunn forsvant den stadig inn i sanden. Grepet av angst så den seg rundt: «Hvor blir det av meg? Jeg er en bekk, jeg må bare fosse på!» Mer vann kom til, men forsvant like fort. Panikken steg.

Snart hvisket en stemme: «Gi deg hen til meg!» Den varme ørkenvinden snakket. «La meg ta deg opp i meg», sa den. Skrekkslagen strittet bekken imot. «Gi deg hen til meg», gjentok vinden, «la meg ta deg inn i meg og bære deg over.» Engstelsen økte. «Å bli borte i sanden eller forsvinne i luften, utfallet er det samme: Jeg mister meg selv!» Panisk strømmet mer vann til, men uten at det hjalp. Fortvilelsen vokste og til slutt ga bekken etter. Utmattet lot den vinden varme den, gjøre den om til damp. Og ble borte.

Fortapt og i sorg ble den skånsomt båret over i vindens varme favn. På den andre siden

av ørkenen, i den nye skogen, støtte den på fast grunn som ønsket den velkommen med sin kalde jord. Dampen ble til regn. Bakken tok imot. Regnet ble til bekk.

«Historien om bekken» etter Awad Afifi (d. 1870), sufi-fortelling fritt bearbejdet og oversatt av Zemir Popovac

SELVET OG SELVBJEKTER

Mennesker på flukt går ut fra at essensen i det å være «meg», hvem jeg er og hvordan jeg opplever meg selv, er noe som rommes og opprettholdes i en selv i kraft av seg selv. Uavhengig av den ytre konteksten. Uavhengig av de relasjonene man er en del av. Folk flest tar seg vanligvis ikke tid til å reflektere over betydningen som den ytre verden har for ens egen selvopplevelse. Antakelsen om at «jeg vil være meg selv, den jeg alltid har vært, uansett hvor i verden jeg er», oppleves som noe pålitelig, noe man tar for gitt. Særlig for flyktningen fungerer denne vissheten som en garanti for kontinuitet i en tilværelse preget av brudd, tap og usikkerhet. I en verden som raser sammen, er behovet for

kontinuitet investert i det eneste man kan holde grep om, nemlig seg selv og sin egen overbevisning om at «jeg alene kan opprettholde meg selv som meg selv».

Du kan redde ditt liv, men likevel miste deg selv. Dette oppdager mange flyktninger gradvis i det nye landet. Selvopplevelse er ikke et konstant, lukket eller selvstendig kretsløp som drifter seg selv. Vi er grunnleggende avhengige av hverandre, også for validering av våre selvopplevelser fra vugge til grav. Det er i blikket til mor at babyen finner seg selv, sier Winnicott poetisk (Winnicott, 1971). Behovet for kontakt, anerkjennelse og gjenkjennelse er noe som følger oss livet ut (Kohut, 1971). «Det må en annen til for at jeg skal bli til meg.» Slik som i historien om bekken: uten skogens faste grunn, ingen bekk. Vann alene er ikke nok.

Omgivelsene vi vokser opp i og som vi er en del av, holder oss oppe. Vi er en del av relasjoner som griper langt inn i vår egen selvopplevelse. De ulike rollene og betydningene vi har i disse relasjonene gir støtte og næring til selvet. Våre nærmeste, våre omsorgspersoner, venner og kollegaer bærer opplevelser av oss som hjelper oss med å holde grep om hvem vi er. Vi er omringet av speil som speiler tilbake bilder av oss selv. Flukt og migrasjon er brudd med disse speilene. Bruddene utløser naturligvis sorg og savn etter ens kjære, men er likevel noe som de fleste er forberedt på å skulle oppleve når de må flykte. Det som kommer mer snikende på flyktninger, er at brudd i viktige relasjoner også er en trussel mot opprettholdelsen av ens eget selv.

POSTMIGRASJONSVANSKER

I det nye landet opplever man at de sosiale funksjonene man hadde i sitt hjemland, og de kompetansene og ferdighetene man har med seg, ikke får den samme plassen. Personlige historier og tidligere opplevelser eksisterer nå bare i en selv uten andre som deler dem eller bekrefter dem. I de nye blikkene finner man ikke hele seg.

De nye speilene viser i tillegg noe annet. Det folk ser nå er en flyktning, en migrant, en syrer, en ukrainer, en bosnier eller en muslim. Man speiles i assosiasjonene som disse kategoriene vekker. Gradvis er det som om fotfestet svikter. Selvopplevelsen endres. «Den jeg en gang var, er jeg ikke lenger», uten at man nødvendigvis selv kan sette fingeren på hvorfor. Fortvilelsen forsterkes av et paradoks: «Jeg har kommet meg i trygghet, men holder på å miste meg selv.» Eller sagt med ordene til en flyktning: «Jeg lever her, men jeg finnes ikke» (Farshbaf & Näsholm, 2016).

I fagterminologi kalles dette for postmigrasjonsvansker (Carswell et al., 2009; Li et al., 2016; Popovac, 2020) og omfatter blant annet

- tap av identiteter og sosiale roller
- underkjennelse av ens egne kompetanser
- diskriminering og rasisme
- å stå utenfor arbeidslivet
- å få livet sitt satt på «vent» uten avklart status vedrørende bosetting, arbeid og utdanning.

Postmigrasjonsvansker rokker ved menneskets grunnleggende behov for å oppleve seg godtatt og verdsatt. Forskningen viser oss at livet etter flukt og måten flyktninger blir tatt imot på betyr langt mer for den psykiske helsen enn det vi tidligere har forstått:



Brudd i viktige relasjoner er også en trussel mot opprettholdelsen av ens eget selv





Depresjon er mer knyttet til postmigrasjonsvansker enn til opplevde traumer under krig og flukt

- Depresjon er mer knyttet til postmigrasjonsvansker og sosial isolasjon enn til opplevde traumer under krig og flukt (Burnett & Peel, 2001).
- Svekket mental helse og økte psykiske vansker er mer relatert til postmigrasjonsvansker enn til opplevde traumer før og under flukt (Carswell et al., 2009).
- Postmigrasjonsvansker gir signifikante utslag i utviklingen av psykiske vansker (Li et al., 2016).
- Tiltak rettet mot postmigrasjonsvansker bidrar til bedring av mental helse hos flyktninger (Lamkaddem et al., 2015; Schweitzer et al., 2006).

Vi vet fra annen forskning at krigs- og flukttraumer bidrar til forverring av flyktningenes psykiske og fysiske helse (Murthy & Lakshminarayana, 2006). Mange er plaget av posttraumatiske reaksjoner, og en del er i behov for profesjonell helsehjelp for disse plagene. Men forskning om postmigrasjonsvansker viser oss at traumer før ankomst til Norge ikke alene er årsaken til helseforverringen.

Å flykte til et trygt land som Norge kan bety at man har forlatt ett traume for så å gå inn i et nytt. Norge er ikke den nye skogen, Norge er ørkensanden. I hvert fall til å begynne med. Slik som bekken i historien trenger vi noen som kan bære oss i seg når vi mister grepet om oss selv. Noen å være i relasjon til, en ny fast grunn som bekrefter oss og gjør oss til dem vi er. Det er menneskene som flyktningen møter, som utgjør en forskjell. Og psykologen kan være en av dem.

HELSEHJELP OG MENNESKEVERD

Helsehjelp handler dypest sett om menneskeverd. Om å se den andre. Også i terapirommet. Forskning om postmigrasjonsvansker lærer oss at symptomene ikke nødvendigvis er knyttet til opplevde traumer under krig og flukt, men kan liksom gjerne handle om livet i det nye landet. En truet identitet eller et selv under press.

Denne kunnskapen er en viktig påminnelse om å se etter mennesket bak symptomene. Om å finne det. La det komme frem. Lytte til historiene om identiteter, kompetanser og ferdigheter. Se mindre på spørreskjemaer fremfor oss og mer på personen. Når folk snakker om matretter fra hjemlandet, eller forklarer hvordan man blander ut fugemassen når man flislegger i Damaskus (Popovac, 2020), så er ikke dette nødvendigvis «på siden av terapi». Det kan hende at det nettopp er de truede identitetene som strekker seg ut og søker etter kontakt og anerkjennelse.

Noen vil si at validering av identiteter og selvopplevelser er nettopp det vi gjør som psykologer, og at det er dette som inngår i all god helsehjelp. Andre vil sette pris på å bli påminnet om at arbeid med «kontakt» (interesse, validering og anerkjennelse) er en viktig forutsetning for arbeid med «kontrakt» (behandlingsplan og symptomfokus), særlig i samtaler med folk som opplever fremmedgjøring og tap av identiteter (Popovac, 2020).

Forenklet kan vi si at vi i samtaler med pasienter fra andre kulturer ikke nødvendigvis trenger mer av kulturkompetanse, men kontaktkompetanse (Ottesen & Popovac, 2021).

Arbeid med postmigrasjonsvansker er også omtalt i andre publikasjoner (Popovac, 2020; Øiestad, 2022) og vil i mange tilfeller gå hånd i hånd med bearbeiding av traumer og posttraumatiske stressreaksjoner. Mange flyktninger finner en måte å leve med sine traumer på, men det som er fortærende å leve med, er å havne utenfor, ikke bli sett for den man er,

bli fratatt sine kompetanser, miste sine identiteter – miste seg selv (Popovac, 2020).

EPILOG

Under arbeidet med teksten ble jeg på et tidspunkt spurt om jeg kunne skrive mer om mine personlige erfaringer som krigsflyktning. Svaret mitt er at teksten allerede er ytterst personlig. Det er jeg som er bekken.

Jeg glemmer naturligvis ikke mine år i krigen og husker godt min naive forestilling om at alt det vonde ville legges bak meg: «Bare jeg kommer meg i trygghet, så vil alt bli bra.» Da jeg som ung gutt på flukt ble spurt av grensepolitiet om hva jeg søkte i Norge (de skulle krysse av for «beskyttelse» eller «asyl» på et registreringskjema), svarte jeg troskyldig at det eneste jeg trengte var et rom på 4 m² der ingen ville plage meg. Skole og jobb skulle jeg fikse selv. Jeg hus-

ker at politimennene lo godhjertet. Men jeg husker dessverre enda bedre forvirringen og panikken noen måneder senere da jeg stadig våknet opp på mitt lille rom på asylmottaket uten å vite hvor jeg var. Som bekken i ørkenen, uten de vante breddene til å holde meg oppe.

Noen bekker blir tidsnok tatt opp av en varm vind og båret over til fast grunn. Enkelte mister altfor mye av sitt vann i sanden før vinden tar dem. Noen blir til og med helt borte.

Det er menneskene som flyktningen møter, som utgjør en forskjell.

I 2013, tjueto år etter at Norge hadde tatt imot oss som krigsflyktninger, laget vi bosnere en nasjonal markering hvor vi takket for hjelpen vi hadde fått – en kollektiv beskyttelse med rask innvilgelse av oppholdstillatelse og rask tilgang på arbeid og studier. På spørsmål om hva som hadde hjulpet oss med integreringen, svarte vi spøkefullt, men på fullt alvor og uavhengig av hverandre, at vi alle hadde fått hver vår nordmann. En betydningsfull annen, noen som brydde seg. Daværende redaktør i Aftenposten repliserte kvikt: «Hva om vi nordmenn fikk hver vår flyktning!» (Aasheim, 2013). Fortellerstemmen fra historien om bekken hadde kanskje sagt: «... da ville det blåst en varm vind over landet.» ✕

REFERANSER

- Affi, A. (1870 / 1993). The tale of the sands. I Idries Shah (red.), *Tales of the Dervishes: Teaching-Stories of the Sufi Masters over the Past Thousand Years* (s. 23 – 25). Penguin.
- Burnett, A. & Peel, M. (2001). Health needs of asylum seekers and refugees. *Education and debate*, 322 (7285), 544 - 7. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7285.544>.
- Carswell, K., Blackburn, P. & Barker, C. (2009). The Relationship Between Trauma, Post-Migration Problems and the Psychological Well-Being of Refugees and Asylum Seekers. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(2), 107 - 119. <https://doi.org/10.1177/0020764009105699>.
- Farshab, M. & Näsholm, L. (2016). Portvokter eller helsearbeider. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53 (6), 462 – 465.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. Chicago: Chicago University Press.
- Lamkaddem, M., Essink-Bot, M-L., Devillé, W., Gerritsen, A. & Stronks, K. (2015). Health changes of refugees from Afghanistan, Iran and Somalia: the role of residence status and experienced living difficulties in the resettlement process. *European Journal of Public Health*, 25(6), 917 – 922. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv061>
- Li, S.S.Y, Liddell, B.J. & Nickerson, A. (2016). The Relationship between Post-migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Disaster Psychiatry*, 18, 82. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0723-0>
- Murthy, R. S. & Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*, 5(1), 25 – 30.
- Ottesen, A. & Popovac, Z. (podkastgjester). (2021, 11.november). Den kulturbevisste terapeuten [Podkast episode]. Med I. Stendahl, *Sinnrik*, Gyldendal. <https://www.gyldendal.no/podkast/sinnrik-den-kulturbevisste-terapeuten/>
- Popovac, Z. (2020). Innvandrerrhelse og postmigrasjonsvansker. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17(4), 277 - 286.
- Schweitzer R., Melville, F., Steel, Z. & Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian NZJ Psychiatry*, 40(2), 179 - 187. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01766>
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock.
- Øiestad, G. (2022, 22.april). Å normalisere livet. *Klassekampen, nettutgave*. <https://klassekampen.no/utgave/2022-04-22/a-normalisere-livet>
- Aasheim, A. (2013, 16.mai). Bosniske flyktninger takker en fisker, en skolesjef, en far osv. *Aftenposten, nettutgave*. <https://www.aftenposten.no/amagasinet/i/oRy7V/bosniske-flyktninger-takker-en-skolesjef-en-fisker-og-en-far-paa-baske>

Psykoterapiens etos

Ett sentralt grunnproblem for psykoterapeutisk praksis, som psykologer sjelden reflekterer over, omhandler dens *etos*. Hva er psykoterapiens iboende grunnverdier?

TEKST

Ole Magnus Vik

KONTAKT

ole@privatpsyk.no

PSYKOTERAPI SOM PRAKSIS og fagtradisjon bærer med seg mange *grunnlagsproblemer*, altså førvitenskapelige, vitenskapsteoretiske, filosofiske og ideologiske antakelser og premiser. Disse er noen ganger erkjente, men som regel er de uuttalte og ureflekterte. Like fullt er de ofte til stede i vår daglige praksis. Grunnlagsproblemer er som sagt førvitenskapelige og lar seg derfor sjelden fullt ut avklares av psykologfaglig kunnskap. Psykoterapien har behov for å reflektere mer rundt sine grunnlagsproblemer (Berg, 2017; Kolstad & Kogstad, 2019; Madsen, 2017; Vetlesen & Stänicke, 1999). Dette essayet vil forsøke å bidra til økt refleksjon ved å belyse ett av psykoterapiens grunnlagsproblemer, nemlig dens iboende grunnverdier. Flere antyder at pasienter har en tendens til å appropriere det de antar er psykoterapeutens moralske grunnholdninger (se bl.a. Newberg & Waldman, 2006, eller van Duerzen, 2002). Hvis psykoterapeuter ender opp som moralske rollemodeller for sine pasienter, har vi et særskilt ansvar for å bli mer bevisst på grunnverdiene i vår praksis. Derfor må vi snakke mer om psykoterapiens etos.

PSYKOTERAPIENS ETOS

Etos kan løselig defineres som moralske holdninger som er karakteristisk for en tradisjon eller aktivitet. Psykoterapien er en etisk-normativ så vel som vitenskapelig fundert praksis, der målet kan sies å være å fremme det gode liv like mye som god helse (Berg, 2017; Kolstad

& Kogstad, 2019; Nussbaum, 1994; Smedslund, 2021). Psykoterapiens etos kan forstås som de underliggende verdiene og holdningene som ligger bakt inn i praksisen som en konsekvens av dens karakteristikk, og som dermed utgjør psykoterapiens etisk-normative grunnlag. Dette er altså ikke bare noe vi har med oss inn i rommet, men noe som allerede er der.

Å snakke med en fremmed profesjonell om sine innerste tanker og følelser med en forventning om at det skal bli bedre, ligner ikke på så mange andre aktiviteter i samfunnet. Det er derfor rimelig å anta at psykoterapien innehar sine helt egne iboende *konstitutive* verdier i tillegg til å være påvirket av – og virkende på – de mer kontekstuelle samfunnsverdiene. Psykoterapiens *grunnetos* kan derfor ikke reduseres til – eller sidestilles med – normene og verdiene vi har rundt oss i samfunnet, selv om disse selvfølgelig påvirker og påvirkes av psykoterapi. Flere har skrevet godt om psykoterapiens verdier i en større samfunnskontekst, blant andre Madsen (2017) og Fors (2018). Dette essayet vil isteden forsøke å belyse de *felles konstitutive grunnetosene* i psykoterapeutisk praksis.

Psykoterapiens etos overlapper etiske retningslinjer og profesjonsetikk, men skiller seg allikevel fra de profesjonsetiske retningslinjene som handler mer om hvordan vi skal strebe mot moralsk god praksis. En psykoterapeutisk prosess kan være moralsk forsvarlig uten at den er i tråd med psykoterapiens grunnetos.

Så vidt jeg kjenner til, er det ikke skrevet mye om psykoterapiens konstitutive grunnetos. Det lille som er skrevet om grunnverdier eller *dyder* i psykoterapi, har en tendens til å fremstille disse som karde-mommelovaktige banaliteter, som *vennlighet* og *pålitelighet* (Radden & Sadler, 2009) eller *menneskelighet* og *rettferdighet* (Summers & Barber, sitert i Waring, 2016). Andre har forsøkt å definere psykoterapiens etos på måter som det i liten grad gir mening å se som typiske for psykoterapi, som for eksempel *ærlighet* og *nysgjerrighet* (Waring, 2016). Flere av de etablerte forsøkene har dessuten en ganske påfallende, og problematisk, vektlegging av terapeutens ansvar på bekostning av pasientens ansvar. Mange vil si at psykoterapi er et samarbeidsprosjekt, også når det gjelder å ivareta verdigrunnlaget. En del av forsøkene fremstår dessuten i overkant samfunnsnormative, for eksempel *selv-helhet* og *varme* (Radden & Sadler, 2009) og *selvkjærighet* (Allen, omtalt i Waring, 2016).

Et sett med grunnetos for psykoterapi som er fellesmenneskelige, samfunnstypiske og som «alle vet om» og er enige i, står i fare for å dekke over det kontroversielle og atypiske ved psykoterapien. Fellesmenneskelige og samfunnstypiske verdier, som for eksempel grunnleggende menneskerettigheter, er absolutt til stede og nødvendige for psykoterapi, men ikke tilstrekkelige. Det kan derfor være nyttig å utkrystallisere noen av de mer distinkte og konstitutive grunnverdiene i psykoterapeutisk praksis. Det som følger, kan leses som et forsøk på dette.

MISTENKELIGGJØRING FREMFOR TILLIT

Å praktisere psykoterapi er å betvile gyldigheten av ting, både det vi selv og det pasientene våre tenker. Ricoeur (1970) kritiserte psykoanalysen for å være preget av en *mistenkeliggjørings-hermeneutikk*. Ikke bare er denne beskrivelsen helt riktig, den gjelder – og bør gjelde – for alle psykoterapeutiske skoleretninger. Et slikt aspekt må i tillegg sees som en styrke og ikke en svakhet. Psykoterapi vil nødvendigvis føre til at holdninger, antakelser og forestillinger om en selv og verden blir mistenkeliggjort. Ta for eksempel følgende generiske kliniske situasjon. Pasienten sier: «Jeg er en dårlig person.» Til dette svarer psykoterapeuten kanskje: «Hva er det som gjør at du sier det?» Som oftest blir det siste sagt med en bevisst eller ubevisst antakelse om at pasienten tar feil og trenger å nyansere sin (overdrevent negative) selvopplevelse.

Vår jobb som psykoterapeuter er veldig ofte, på en så respektfull og skånsom måte som vi klarer, å plage pasientene våre med spørsmål, påpekninger og uenigheter om deres egne narrativ. Dette gjør vi ikke fordi vi er sadister, men fordi vi tror det er helsefremmende og bidrar til at pasienter kan velge å leve bedre liv. Men det koster. Ikke minst fordi vi må tåle å få det samme i retur. Gjerne i form av utsagn som: «Det høres ut som noe psykobabble!» Mistenkeliggjøring går begge veier. Alle pasienter har en soleklar rett – og kanskje til og med plikt – til å møte sin psykoterapeut med en grunnleggende mistenksomhet.

Samtidig er pasient og terapeut helt avhengige av gjensidig tillit: Pasienten må velge å tro at psykoterapeuten vil hen vel og ikke for eksempel bryter taushetsplikten eller er avvisende når hen forteller om noe skammelig. Pasienter må til og med stole på at vi er kompetente og faktisk kan hjelpe! På samme måte må vi stole på at våre pasienter ikke bare lyver hele tiden, og at de faktisk ønsker å jobbe med seg selv. Om ikke helhjertet, så i det minste med en liten del av hjertet.



Å praktisere psykoterapi er å betvile gyldigheten av ting, både det vi selv og det pasientene våre tenker





I beste fall kan sosiale dyder redusere terapiens effekt. I verste fall kan de gjøre psykoterapien til en del av problemet

Den nødvendige og gjensidige *mistenkeliggjørings-tillits-dialektikken* utgjør derfor et psykoterapeutisk paradoks: Hvis ikke psykoterapi er fundert på gjensidig tillit, så er vi ikke i en posisjon til å gjøre jobben vår. Men hvis vi ikke på et eller annet tidspunkt tåler å betvile og mistenkeliggjøre det pasienter forteller om seg selv, om verden, om andre eller om oss og hypotesene våre, så er vi kanskje i posisjon til å gjøre jobben vår, men vi gjør den ikke. Psykoterapien praktiseres alltid i den uløselige spenningen mellom disse to verdiene. Det ene kan ikke få for stor dominans på bekostning av det andre. Å forfekte tillitsdimensjonen er lett. Alle skjønner at tillit er et gode. Alle verdsetter tilliten. Men hvis psykoterapi i hovedsak skal være en tillitsfull, støttende og bekreftende praksis, er det vanskelig å se hvorfor terapeuter skal gå seks år på universitetet. Å praktisere effektivt og redelig som psykoterapeut er kanskje derfor i større grad å bli bevisst, og tåle å lene seg inn i, den mer problematiske, men minst like viktige, helsefremmende mistilliten.

RADIKAL, VERDIÅPEN AUTENTISITET

Psykoterapi har i seg en formaning om å leve mer autonomt og selvhevdende. Vi kan kalle det en form for psykoterapeutisk autentisitetsetos. Dette kan ofte komme på kant med det som er normativt i omgivelsene. Vi kan sammenligne den effektive og gode psykoterapeuten med den effektive og gode komikeren som (i alle fall ifølge Jerry Seinfeld) også må tåle å stå litt utenfor det normative. Andre ganger kan det å komme på kant med normene bli ganske konvensjonelt. Som psykoterapeuter må vi derfor både være *punkete rebeller* og *firkanta samfunnsstøtter*. Selv om vi personlig kanskje identifiserer oss mer med den ene rollen, så gjør vi ikke jobben vår spesielt godt hvis vi ikke også tåler å være i den andre rollen, selv om det kan være slitsomt.

Et godt eksempel er høflighetsnormer. Ifølge Aristoteles er høflighetsnormer en form for sosiale dyder som vi må ha for å kunne omgås hverandre uten å bli helt utslitt (Professor i filosofi Ø. Rabbås, personlig kommunikasjon, 2016). Vi kan ta fenomener som smalltalk, små vitigheter og hvite løgner som eksempler. Psykoterapi fungerer grunnleggende annerledes enn de samfunnsområdene der slike sosiale dyder kommer til sin rett. Dette kommer av at psykoterapi ikke er et rom der en først og fremst søker å gjøre sosial interaksjon mest mulig sømløs. Vi skal ikke dekke over ubehagelige tausheter med en vits, bruke de ti første minuttene av timen til å snakke om været eller lyve til pasienter fordi vi er redde for at det vi holder for å være sant, kan være sårende. I beste fall kan sosiale dyder redusere terapiens effekt. I verste fall kan de gjøre psykoterapien til en del av problemet.

Einar Kringlens lærebok i psykiatri fra 1972 innledes med et kasus om en deprimert mann som kureres ved at han i samråd med behandler slutter i sin prestisjefulle jobb og heller bruker tiden på å stelle i hagen, tidvis til stor misnøye fra mannens omgivelser. Eksemplet understreker psykoterapiens samfunnsundersubversive potensial fordi det stiller spørsmål ved antakelsen om at det alltid er bedre å være i jobb. Og det stiller spørsmål ved antakelsen om at man må gjøre som omgivelsene ønsker.

Kasuset belyser også et annet sentralt aspekt: verdien av det subjektive unike gode liv og hvordan denne verdien kan tildekkes og forvansktes av inautentiske *ekthets-* og *frihetsnormer* i kulturen. Her er ikke kasuset et eksempel til etterfølgelse fordi det også hensynstas det samfunnsnormative på bekostning av det subjektive og autentiske gjennom å forfekte to

enda mer grunnleggende normativiteter: «Vi bør prioritere hensynet til egen helse på bekostning av andre relevante hensyn» og «å handle selvhevdende imot det konvensjonelle er mer høyverdig enn å handle selvhevdende i samsvar med det konvensjonelle».

La oss ta det siste først: En person som slutter i jobben for å dyrke sine lidenskaper, er besnærende lett å heie på. I vår kultur ser vi denne type frihetsnarrativ overalt. Vi kan til stadighet lese i avisen om «Knut» eller «Kari» som sluttet i revisorjobben for å bli kunstner eller for å realisere gründerdrømmen. Akkurat som med den deprimerte mannen har vi en tendens til å hylle de som følger «drømmene sine». I alle fall så lenge drømmene går motstrøms. Men hvem hyller de som gir opp drømmene, eller der drømmene går i en mer konvensjonell retning? Hva med «Kåre» som gav opp drømmen om å bli kunstner og vendte tilbake til den trauste revisorjobben, eller «Trude» som ofret karrieren for å følge drømmen om å være hjemmeværende husmor? Eller hva med «Tor» som kom ut av skapet som heteroseksuell? Psykoterapien bør være en plass der de mer konvensjonelle autentisitetstiltakene til «Knut» og «Kari», så vel som de mindre synlige, men like legitime autentisitetstiltakene til «Kåre», «Trude» og Tor» kan få muligheten til å bli utsatt for gyldiggjøringsprosesser så vel som mistenkeliggjøringsprosesser.

Når vi som psykoterapeuter legitimerer en pasients frihetsprosjekt, føler vi oss flinke og moralsk høyverdige. Kanskje fordi vi da forfekter et ganske samfunnsnormativt frihetsbejende *autonomi-etos*. Å legitimere denne type livsprosjekter er relativt lett. Mange aktører i samfunnet er godt egnet til å heie frem alle de som «tror på seg selv» og følger «sitt indre kompass». Vår jobb, igjen med henvisning til vår relativt lange universitetsutdannelse, er derfor kanskje like mye å mistenkeliggjøre inautentiske frihetsprosjekter og gyldiggjøre autentiske lydighets- eller fellesskapsprosjekter. Dette kan føles vanskeligere fordi vi kan bli mistolket som konservative og reaksjonære, eller enda verre: som streite og kjedelige! Men alternativet er å svikte mange.

Kasuset med den deprimerte mannen belyser også noen antakelser som vi, i kraft av å være helsepersonell, kanskje fortære faller for. For eksempel har vi kanskje en ryggmargsrefleks som tilsier at folk bør sette egen helse først.

Men hvorfor skal egentlig den deprimerte mannen prioritere symptomreduksjon foran samfunnets forventning om å være virksom? Eller fremfor egne ønsker om å tjene masse penger, for den saks skyld? Med andre ord: På hvilket grunnlag tillater vi oss å tenke at en pasient *bør* slutte i, eller redusere, jobben fordi det er en trussel mot helsen? Dette er en åpenbart normativ moralsk antakelse og kan ikke fullt ut belegges psykologfaglig. Min sterke og ikke helt ubegrunnede mistanke er at vi som psykoterapeuter ofte foretar slike konvensjonstro verdierverdinger på pasientenes vegne.

Et sentralt spørsmål i psykoterapeutisk arbeid bør alltid være: *Hvilke legitime hensyn nedprioriteres hvis man skal forsøke å få det bedre?* Veldig ofte har dette spørsmålet konnotasjoner til den eksistensielle konflikten mellom det behagelige og trygge på den ene siden og det meningsfulle og autentiske på den andre. Det er altså vanskelig å få i både pose og sekk. Akkurat som Gullestad (2021) skriver om kjærlighetens paradoksalt: Det behagelige og trygge blir også fort kjedelig. Derfor kan vi ikke uten videre akseptere utro pasienters narrativ om at de bør avslutte en stimulerende affære simpelthen fordi de forteller oss at de «egentlig elsker» sin partner. Hverken psykologfaglig vitenskap, vår egen personlige moral og i alle fall ikke samfunnets moral hjelper oss i møte med denne typen problemstillinger.

Psykoterapien bør ha det *radikalt autentiske* som en del av sitt grunnetos. Hvis ikke risikerer vi å bare passivt forfekte tradisjonell samfunnsmoral eller subtile pseudoautentiske diskurser i samtiden. Og dem er det mange av. Det er en generell trend ved kulturer at normer over tid blir naturalisert og objektivisert (Madson, 2017). Det normative blir med andre ord gjort til noe selvsagt og hevet over kritikk. Men over tid blir også opprøret mot det normative skjematisk og konvensjonelt. Psykoterapien må derfor forfekte det radikalt autentiske, både på bekostning av, og i samsvar med, det *tradisjonalistisk konvensjonelle* og det *utradisjonalistisk konvensjonelle*. Bare da er det psykoterapeutiske rommet tilpasset både de som velger som Nora i *Et dukkehjem* å på heroisk vis forlate sin Helmer, og de som like heroisk velger å bli.

SORGEN OVER DET FRAGMENTERTE

Psykoterapeutisk arbeid er alltid sorgarbeid. Som mennesker er vi alltid i en eller flere sor-



ger fordi vi alltid er i en eller flere pågående *illusjonerings- og desillusjoneringsprosesser*. Å praktisere psykoterapi er å stikke hull på pasienters (og terapeuters) livsillusjoner, og det er å anerkjenne pasienters (og terapeuters) rett til å fortsette å leve med dem. Begge deler gjør vondt. Å fasilitere sorgen over å miste illusjoner, eller over kostnaden ved å beholde dem, er noe av det mest helsefremmende vi kan gjøre.

Den terapeutiske relasjon er i seg selv en illusjon som både bærer og heler, men også brister og sørges over. Derfor må den terapeutiske alliansen være sterk. Disse båndene styrkes gjennom at de trues. En sterk allianse er derfor betinget like mye av å feile som av å lykkes. Den terapeutiske relasjonen styrkes derfor ved å gyldiggjøre pasienters sinne og tristhet når vi for eksempel har formulert oss upresist eller sårende. Å bygge allianse handler altså om å reparere små og store alliansebrudd. Gang på gang. Uten å gi opp. Det er terapeutisk fordi det avslører illusjonen om den «hele» relasjonen som man ikke trenger å jobbe med. Erkjenningen av at til og med forholdet til terapeuten er ukomplett, er for mange pasienter det aller vanskeligste. For andre er det lettere. Men det er alltid et element av sorg i det.

Vi vil alltid skuffe og tidvis sågar svikte pasientene våre, for eksempel gjennom å dra på ferie, bli syke eller skifte arbeidsplass. Men også gjennom å ikke forstå, å være uenig med eller ikke å la det gå fem minutter over tiden. Og pasientene vil kanskje skuffe og svikte oss gjennom å ikke bli friske, ikke velge slik vi hadde håpet, eller ikke vise nok takknemlighet. Terapirelasjonen blir sånn sett både en modell og en metafor for pasienters relasjon til sine ukomplette relasjoner og til sitt ukomplette selv. En slik livsanskuelse i terapeutisk arbeid fremheves av flere (se for eksempel Vetlesen & Henriksen, 2006, eller Joranger, 2019). Men denne anskuelser har også et ontologisk-filosofisk rasjonale bak seg som gir den en nesten aksiomatisk gyldighet: Vi kan umulig være «oss selv fullt og helt» simpelthen fordi «oss selv» er en representasjon av noe og ikke «tingen i seg selv», som Kant ville ha formulert det. Og «tingene i seg selv» er aldri fullt fattbare for oss. Dette er et filosofisk prinsipp som få i dag er uenige i. Med andre ord så er hverken «jeg», «deg», «den terapeutiske alliansen» eller «andre ting i verden» fulle og hele, men alltid stykkevis og delte. Psykoterapi er sorgarbeidet med denne eksistensielle sannheten og de utallige psykopatologiske manifestasjonene den avstedkommer.

RESPEKT FREMFOR OMSORG

God psykoterapi krever omsorg, dette er en sannhet som mange intuitivt erkjenner. Andre ganger krever god psykoterapi at vi setter respekt foran omsorg. Det er vanskeligere fordi det kan true vår identitet som gode hjelpere. Vi trenger å erkjenne konflikten mellom omsorg og respekt og vite at begge kan være uheldige og skadelige.

Respekt er i sin essens: «Du vet best hva du trenger» (Professor i filosofi Ø.Rabbås, personlig kommunikasjon, 2016). Dette gjelder spesielt når det er vanskelig å tro at den andre vet best. Respekten bekrefter nemlig det dypt problematiske ved menneskers grunnleggende frihet: Frihet er også å velge å krenke sin egen verdighet. Respekten skal derfor ikke stoppe før noen er til alvorlig helsefare for en selv eller andre. Paradoksalt nok kan respekt fremstå ganske respektløst, for eksempel hvis pasienter ikke får råd eller løsninger fordi terapeuten tror de vet best selv. Noen ganger kan dette oppleves som et uttrykk for at man ikke blir tatt på alvor. Derfor er

respekten av og til problematisk og til og med malplassert i terapirommet. Men det er dessverre også omsorgen.

Omsorg er i sin essens å fremme andres velferd (Professor i filosofi Ø.Rabbås, personlig kommunikasjon, 2016). Ofte utøver vi omsorg når noen ikke klarer å ivareta egne behov. Omsorgen kan derfor sies å ha et verdighetsbekreftende potensial i seg. Men heller ikke omsorgen er uproblematisk. Å utøve omsorg er ofte å anta at man vet hva som er best for mottakeren, slik man gjør med små barn og folk med alvorlige hjerneskader. Omsorg har sånn sett noe paternalistisk ved seg (Professor i filosofi Ø.Rabbås, personlig kommunikasjon, 2016). Derfor kan omsorgshandlinger noen ganger oppleves uverdige for den som mottar den, fordi personen må akseptere sin egen hjelpeløshet og avhengighet (Vetlesen & Henriksen, 2006).

Omsorg er ikke paternalistisk i seg selv, men kan fortære bli det enn respekt, for eksempel når psykoterapeuten forsøker å «motivere» pasienten til å trene. Terapeuten utøver «press» for at pasienten skal gjøre noe hen «trenger», men ikke selv vil eller skjønner verdien av. Dette kan i mange sammenhenger være god helsehjelp. I henhold til et *somatoterapeutisk* etos kan press være et egnet virkemiddel for å fremme et godt, i betydningen helsefremmende, liv. Men det *psykoterapeutiske* etos er og må være annerledes. Der bør vi heller møte pasienters manglende motivasjon med respekt, selv om det skulle føre til at deres somatiske eller mentale helse trues. Omsorgshandlinger kan selvfølgelig være gode, men i psykoterapi må vi oftere lene oss inn i respekt-dimensjonen og dermed risikere å nedprioritere omsorgs-dimensjonen.

Ansvarliggjøring er respekt

Å vektlegge respekt impliserer på samme tid en vektlegging av det gjensidige *ansvaret* mellom pasient og terapeut. God helsehjelp er aldri forenelig med å gi noen fritak fra ansvaret om å være en del av en relasjon (Vetlesen & Henriksen, 2006). Dette er alltid moralsk forpliktende, selv om relasjonen er terapeutisk og profesjonell. Evnen til å handle ansvarlig er et grunnleggende trekk ved mennesket (Professor i filosofi Ø.Rabbås, personlig kommunikasjon, 2016). Selv om evnen til ansvar kan svekkes, er den nesten aldri helt borte. Psykoterapi er derfor en arena der alle så å si alltid har sta-

tus som moralske aktører med kapasitet for ansvar, selv om man i noen tilfeller kan ha en begrenset kapasitet. Her er det nødvendig å presisere at ansvar ikke automatisk impliserer *hovedansvar*, eller *skyld*. Ansvar kan deles. Vi kan kalle dette for *medansvar*.

Bør vi da risikere å ansvarliggjøre pasienter for mye og fremstå som usympatiske? Ja, kanskje må vi det. For alternativet er fort å ansvarliggjøre for lite og fremstå som paternalistiske. For mye ansvar har mindre skadepotensial fordi det i større grad ivaretar individets status som moralsk subjekt. Risikoen ved for mye omsorg er sånn sett et større onde fordi det risikerer å – bokstavelig talt – umenneskeliggjøre pasienter gjennom å ikke anerkjenne deres kapasitet for ansvar. Å «rose» en pasient fordi hen har kommet lenger i å «utfordre» angsten, er å tilkjenne vedkommendes status som en aktør med ansvar for handlingene sine. Å da ikke samtidig åpne for at hen kan «klandres» for å ikke ha utfordret angsten, er å svekke, eller se bort fra, pasientens status som ansvarlig aktør. Å åpne for at noen *kan* klandres, er selvfølgelig ikke det samme som å si at noen *bør* klandres, men å ta fra, eller underkjenne, noens status som moralske aktører er alltid dypt umoralsk. Derfor må psykoterapien fjerne *respekten* og dens vanskelige fremheving av (*med-*)ansvaret som ett av sine grunnetos.

EPITEMISK YDMYKHET

Psykoterapi praktiseres alltid i et spenningsforhold mellom den konstruktive, men usikre åpenheten for alternative narrativer og den trygge, men begrensede lukketheten for alternative narrativer. Det vil alltid være ukjente, men relevante narrativ om et selv. Ingen, kanskje ikke individet selv engang, kan derfor sies å fullt ut «eie» narrativet om «seg selv». Mer prosaisk uttrykt kan man si at hverken psykoterapeut eller pasient har en ensidig rett til å definere sannheten. For å praktisere godt må vi lene oss inn i åpenheten og kultivere et *ydmykhetsetos*, der både pasient og terapeut i stor grad forblir ikke-vitende.

Som mennesker er vi selvfortellende vesen (Macquarrie, 1972). Siden vi ikke kan fatte oss selv som «tingen i seg selv», kan vi heller ikke redusere selvet til en *essens* (Professor emeritus H.Grelland, personlig kommunikasjon, 2014). Dette gjør at mennesket er i en konstant prosess av selvfortolkning. Og som vi alle husker fra vitenskapsteorien: Fortolkningsvitenskapene har ikke det høyeste presisjonsnivået.

Derfor vil psykoterapi på et eller annet nivå alltid handle om å verifisere, forandre, nyansere eller falsifisere pasienters og terapeuters fortolkninger av narrativer om et eller flere selv. Psykoterapi er derfor ikke en praksis der man i utgangspunktet kan akseptere noens påstander på *face value*. Å hevde for eksempel at ens subjektivt opplevde virkelighet har status som sannhet, bare i kraft av å være opplevd, er en dypt problematisk posisjon å innta (professor i filosofi, A. Smadjor, personlig kommunikasjon, 2018). Påstander som «det er sant for meg» er en form for relativistisk subjektivism som forhindrer videre deliberasjon, fordi de er umulig å argumentere imot. Hvis det ikke fins relevante alternativer til den subjektivt opplevde sannhet, er utforskning av alternativer meningsløst. Det utforskende rommet lukkes da på en måte som umuliggjør psykoterapi.

I praksis betyr et *epistemisk ydmykhetsetos* også at psykoterapeuten alltid må akseptere at pasienten har opplevelser og narrativer som hen aldri vil få tilgang til, eller forstå i nevneverdig grad. Et epistemisk ydmyk-



For å praktisere godt må vi lene oss inn i åpenheten og kultivere et ydmykhetsetos, der både pasient og terapeut i stor grad forblir ikke-vitende





Psykoterapien bør være krenkelsesåpen. Ikke fordi krenkelser er terapeutiske i seg selv, men fordi for stor krenkelsesvarhet kan være uterapeutisk

hetsetos må alltid gå begge veier. Dette er særlig relevant i situasjoner der pasienten og terapeuten tilhører få overlappende gruppekategorier, som for eksempel forskjellig herkomst, kjønn, kjønnsidentitet, legning eller funksjonalitet. Men heller ikke de selv-narrativene til pasienten som terapeuten har et begrenset forståelsespotensial for, har automatisk status som sanne. Dette kan være krevende å erkjenne når samfunnstrenden ellers er at visse narrativ ikke kan problematiseres når man ikke kan erfare dem direkte. Men psykoterapirommet begrenses i for stor grad hvis terapeuten ikke skulle ha muligheten til å utforske elementer av pasientens selvforståelse, selv om det er fare for at en sån utforskning kan tolkes som rasistisk, transfobt eller sexistisk. Psykoterapien bør være krenkelsesåpen. Ikke fordi krenkelser er terapeutiske i seg selv, men fordi for stor krenkelsesvarhet kan være uterapeutisk.

Dette er mildt sagt et ganske vanskelig farvann å manøvrere i for alle involverte. Så hvordan skal vi da utforske narrativer på en god, redelig og ikke minst terapeutisk måte? Den praktiske diskursetikken kan kanskje hjelpe. Den forsøker å etablere noen gyldige normer for diskusjon og utforskning gitt et antatt fravær av universelle substansielle normer (Førsteamanuensis i medisinsk etikk, M. Magelssen, personlig kommunikasjon, 2018). Jürgen Habermas kaller disse normene for *prosedurale normer* (Førsteamanuensis i medisinsk etikk, M. Magelssen, personlig kommunikasjon, 2018). Plassert inn i en psykoterapeutisk setting vil disse normene vektlegge hvordan både pasient og terapeut har lik deltakelsesrett i forhandlingen om de aktuelle narrativene. Normene understreker videre at lik deltakelse bare er mulig hvis forhandlingsprosessen er uten tvang eller press, og at både pasient og terapeut har en ufravikelig vetorett overfor narrativenes sannhetsstatus. Og sist, men ikke minst: De prosedurale normene vektlegger at alle påstander kan bli problematisert! Implikasjonene blir en terapeutisk ydmykhetsdialektikk kjennetegnet av grunnleggende sett eiendomsløse narrativer og en fundamental og gjensidig forhandlingsrett.

AVSLUTNING

Offerviljen og spagatviljen: to overordnede grunnetos

Ofta velger vi bort goder fordi vi holder et annet gode høyere. I etikken kaller man slike situasjoner for *tragiske dilemma*. Psykoterapi må derfor kunne sies å være en praksis som i sin essens er tragisk. Det tragiske fordrer offervilje. Enda oftere fordrer det tragiske en toleranse for at legitime hensyn skal rive og slite i oss uten at vi forsøker å redusere spenningen som følger av å stå i denne spagaten.

Det fins få eller ingen «gylne middelveier» i psykoterapi, der vi beholder kaken samtidig som vi spiser den. En slik pose og sekk-tilnærming til psykoterapiens konstitutive verdigrunnlag risikerer, uavhengig av om det er realistisk eller ikke, å vanne ut kompleksiteten i det moralske landskapet vi alltid befinner oss i. Det å søke mot balanse og harmoni fremfor å stå i spagaten og erkjenne offeret, blir derfor fort en behagelig, men problematisk hvilepute som gjør at vi ikke reflekterer like grundig over de grunnetos vi har i vårt virke.

Den største faren er å ikke snakke om grunnetos

Vi bør kanskje ikke snakke så mye om psykoterapiens etos. Det er alltid en fare for at vi skulle bli moralister, og det er ikke bra. Pasienter kan for eksempel føle seg fordømt. Problemet er bare at vi ikke kan unngå å være

moralsk normative i psykoterapi (Berg, 2017). Psykoterapien er ikke, og kommer aldri til å være, en verdinøytral arena. Spørsmålet er derfor ikke *om* vi skal være moralsk normative, men *hvor* moralsk normative vi skal være. Og ikke minst: Hvem sin normativitet skal vi forfektere?

I praksis må vi velge mellom en ganske omfattende maksimalistisk og kontekstuell pakke av verdier, menneskesyn og konseptualiseringer av det gode liv, slik det er definert i den kulturen vi har vårt virke i (Norge). Eller muligens enda mer problematisk: slik det er definert i den kulturen som dominerer vår fagtradisjon (USA). Alternativet er å se det psykoterapeutiske møtet som preget av et minimalistisk, konstitutivt og mer karakteristisk psykoterapeutisk etos. Det er uredelig å anta at det fins et tredje alternativ som gjør psykoterapien både objektiv og verdinøytral.

De fleste foreslåtte grunnetos i denne teksten er godt egnet for å holde psykoterapirommet så *verdiåpent* som mulig. Å ikke operere ut fra disse, eller lignende grunnetos, kan gjøre psykoterapien mindre inkluderende. En risikerer at åpenheten for mangfoldet i levde liv blir snevret inn. Psykoterapien blir da mer lukket enn den trenger å være. Å ikke kjempe frem et terapirom preget av det tidvis ubehagelig autentiske, ubehagelig respektfulle, ubehagelig samfunnssubversive, ubehagelig samfunnsstøttende og ubehagelig ydmyke, vil i praksis begrense behandlingstilbudet for de som lever – eller ønsker å leve – på andre måter enn normene tillater. Da risikerer vi å fortsette å gjøre psykoterapirommet dypt urettferdig.

Psykoterapiens grunnetos trenger ikke å skapes eller importeres. Men de trenger kultivering og vern. Dette gjør vi best med å begynne å diskutere hvilke konstitutive grunnetos vi i praksis forfekter, og anerkjenner at disse ikke bare kan reduseres til ukontroversielle flokler som alle i og utenfor psykoterapi er enige i, eller til å bare være forlengelser av liberalistiske, kapitalistiske eller patriarkalske samfunnsverdier og normativiteter. Både menneskerettigheter, kardemommeloven og samfunnskritiske-sosiologiske perspektiver er høyst relevante i diskusjonen om psykoterapiens grunnetos. Men psykoterapiens grunnetos er ikke bare det. Eller kanskje den er det? Aller helst bør denne og lignende diskusjoner aldri stoppe. Hvis vi en dag mot formodning skulle lande på en definitiv liste over psykoterapiens felles verdigrunnlag som ikke lenger kan problematiseres, har det skjedd noe feil. Listen med grunnetos i denne teksten er derfor i beste fall bare et ukomplett forsøk på en start. ✘

LITTERATURLISTE

- Berg, H. (2017). Fakta og verdier i psykoterapi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 55(5), 480–483.
- Fors, M. (2018). *A Grammar of Power in Psychotherapy: Exploring the Dynamics of Privilege*. American Psychological Association.
- Gullestad, S. E. (2021). *Å begjære den du elsker: om lengselen etter spenning og behovet for trygghet*. J.M. Stenersens forlag.
- Henriksen, J. O. & Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og distanse: Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker* (3. utg.). Gyldendal akademisk
- Joranger, L. (2019). *An Interdisciplinary Approach to the Human Mind: Subjectivity, Science and Experiences in Change*. Routledge
- Kolstad, A. & Kogstad, R. (Red.) (2019). *Grunnlagsproblemer i vitenskapene om mennesket*. Abstrakt forlag.
- Kringlen, E. (1972). *Psykiatri*. Gyldendal akademiske forlag
- Madsen, O.J. (2017). *Den terapeutiske kultur* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Macquiarrie, J. (1972). *Existentialism*. The Westminster Press
- Newberg, A. & Waldman, M. R. (2006). *Why We Believe What We Believe: Uncovering Our Biological Need for Meaning, Spirituality, and Truth*. Free Press
- Nussbaum, M. (1994). *The Therapy of Desire: Theory and Practice in Hellenistic Ethics*. Princeton University Press.
- Radden, J. & Sadler, J. (2009). *The Virtuous Psychiatrist: Character Ethics in Psychiatric Practice*. Oxford University Press.
- Ricoeur, P. (1970). *Freud and Philosophy. An Essay on Interpretation*. Yale University Press
- Smedslund, J. (2021). From statistics to trust: Psychology in transition. *New Ideas in Psychology*, 66. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2020.100848>
- Van Duerzen, E. (2002). *Existential Counseling & Psychotherapy in Practice*. Sage Publications.
- Vetlesen, A. J. & Stänicke, E. (1999). *Fra hermeneutikk til psykoanalyse: Muligheter og grenser i filosofiens møte med psykoanalysen*. Ad notam Gyldendal.
- Waring, D. R. (2016). *The Healing Virtues: Character Ethics in Psychotherapy*. Oxford University Press.



DAG WOLLEBÆK, forsker I, ph.d.

Når fagfolk lover for mye

En dag dukket en oppsiktsvekkende annonse opp i Facebook-feeden min. Frisk Forlag ville selge meg *Den lille boken som kurerer sterk angst*. Bokens tittel lover rett og slett at hvis du leser den, blir du frisk fra en alvorlig sykdom. Det var bare å betale 349 kroner og følge «en enkel og effektiv oppskrift».

Jeg avviser ikke at noen mennesker med angst kan ha nytte av å lese boken, (men jeg skal komme tilbake til spørsmålet om noen faktisk kan bli *verre* av å lese den). «En bok som kan være til hjelp for deg med visse typer angst» hadde vært bortimot uproblematisk. Det er framfor alt innsalget jeg reagerer på.

MIN EGEN ANGST

Et etisk problem oppstår idet man gir et urealistisk løfte om helbredelse og samtidig krever penger for det. I dette tilfellet at å lese en bok, uten en terapeut til stede, ikke bare:

- kan kurere, men *faktisk kurerer* angst,
- ikke bare *angst*, men *sterk angst* og
- ikke bare *visse typer angst*, der kognitiv terapi med terapeut til stede har vist seg

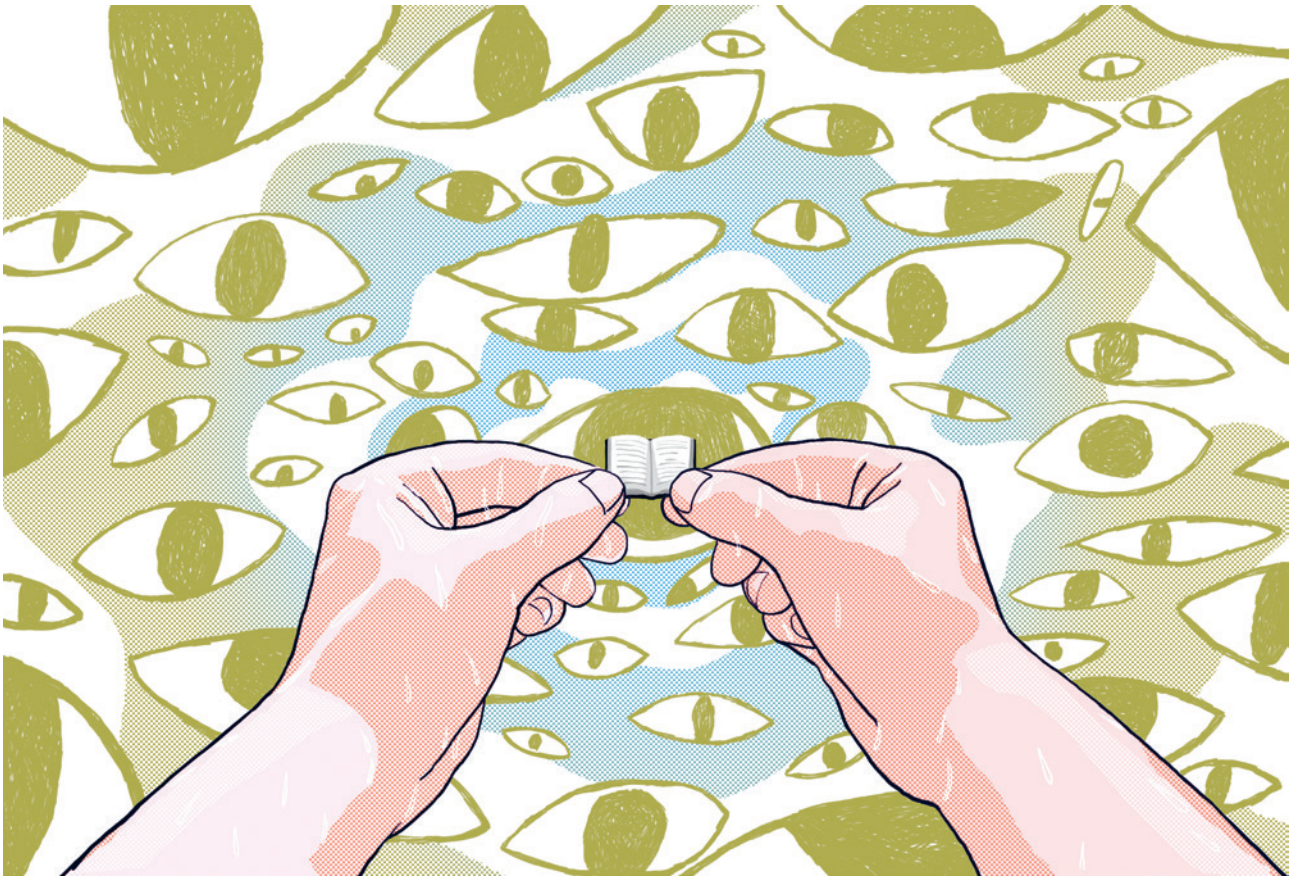
noe effektiv, men *angst i sin alminnelighet*, der resultatene er mindre overbevisende.

Jeg har selv slitt med angst hele mitt voksne liv. Jeg har forsøkt utallige behandlingsmetoder, inkludert kognitiv terapi, som er denne bokens utgangspunkt. Jeg har samvittighetsfullt utført fantasifulle øvelser foreskrevet av terapeuter, uten at jeg har opplevd bedring. Til slutt ga jeg opp terapi og forsonet meg med at livet mitt må leves i oppoverbakke.

Etter hvert har det gått opp for meg at jeg ikke er alene. Metaanalysen til van Dis et al. (2020) viser riktignok at kognitiv terapi *med en terapeut til stede* har relativt god effekt på PTSD og OCD etter tolv måneder. Det har imidlertid null effekt på panikkangst og kun en ytterst svak, så vidt signifikant effekt på min diagnose, generalisert angstlidelse (Hedges g, 0.22). De anfører videre at studiene gjennomgående er av lav kvalitet. Blant annet er kontrollgruppen ofte ventelistepasienter, der man kan forvente en noceboeffekt av å vente på noe man tror kan hjelpe (Furukawa et al., 2014). De reelle effektstørrelsene er altså tro- lig enda mindre.

«TENK OM DET ER NOE I DET»

Selv med en terapeut i rommet blir de færreste som lider av angst, altså friske av kognitiv terapi, med unntak av visse spesifikke diagnoser. Å forvente at å lese en bok på egen hånd vil ha *bedre* effekt, er ren ønsketenkning. Men slike som meg er desperate etter å slippe plagene og villige



til å prøve alt. Til tross for at røde varsellamper blinket frenetisk rundt annonsen, og mitt rasjonelle jeg visste at den lovet så altfor mye, kom jeg svært nær å trykke på «kjøp». 349 kroner er et overkommelig beløp, og «tenk om det faktisk er noe i det».

Dette er en mekanisme selgere av mirakelkurer kjenner godt. I løfter om helbredelse fra alternativ medisin kan desperate kreftpasienter se glimt av håp. De vil ikke la noe være uprøvd og betaler for behandlinger de ofte rasjonelt sett vet ikke virker. For: «Tenk om det faktisk er noe i det!» Nøyaktig den samme desperasjonen utnytter Frisk Forlag.

Etter hvert slo system 2-tenkningen inn, og jeg forsøkte å gå i dialog med forlaget på Facebook. Jeg spurte om jeg ville få pengene tilbake dersom angsten ikke ble kurert, og ble da henvist til 14 dagers angrevert. Så raskt – 14 dager – virker mirakelkuren! Jeg etterspurte høflig dokumentasjon på påstandene om helbredelse, noe jeg ikke fikk. Derimot ble kommentarene mine slettet, og jeg ble blokkert fra å kommentere mer.

Takket være dette tidsskriftet fikk jeg imidlertid muligheten til å lese et gratis eksemplar. Teksten begynner i samme selvsikre tone og gjør lite for å dempe forventningene: «I dag har vi heldigvis løst mysteriet om den sterke angsten. Vi vet hvordan og hvorfor den oppstår. Ikke minst vet vi hva som skal til for å bli kvitt den!» (s. 13).

”

... det er virkelig ikke måte på hvor mye man skal lene seg inn i angsten, i komplett ukontrollerte omgivelser

»

Ja vel. Det finnes selvsagt ingen enkelt årsak til at angst oppstår. Men viktigere: Hvis man har en feilfri kur mot angst, hvorfor blir da et mindretall friske, selv med veiledning fra en terapeut? Kan det være at løsningen på angstmysteriet fortsatt ikke er fullkommen? Jeg håper de fleste leserne av *Psykologtidsskriftet* vil erkjenne at så er tilfelle.

Bokens beskrivelser av angst og spiralene som vedlikeholder den, vil være kjent for alle som har vært i befatning med en kognitiv terapeut. Når vi kommer til løsningene, blir det imidlertid klart at forfatteren lener seg tungt på én spesiell strategi, nemlig *eksponering*.

Her blir boken virkelig problematisk. For det er virkelig ikke måte på hvor mye man skal lene seg inn i angsten, i komplett ukontrollerte omgivelser.

DR. GOOGLE

Ett tilfelle med helseangst, som jeg personlig har hatt lang erfaring med, blir beskrevet på s. 88–90. Pasienten, Grethe, blir oppfordret til å «(...) eksponere seg ved å lese om hjerte og hjertesykdom», siden dette for henne er «det motsatte av det som føles naturlig». Selv om det presiseres at en annen pasient, som driver mer tvangsmessig symptomsjekking, bør unngå dette, oppfordrer faktisk teksten en person med helseangst til å oppsøke dr. Google.

Denne typen «eksponering» har vært årsaken til årelange, invalidiserende plager for meg. Jeg ønsker virkelig ikke Grethe så vondt. Doktorgraden min er riktignok ikke i psykologi, men jeg har professorkompetanse i min egen angst og vet at å følge denne oppskriften ville skadet meg alvorlig.

En annen pasient, Pål, er redd for å utvikle vrangforestillinger (s. 112). Her er oppskriften å skrive ned konspirasjonsteorier eller paranoide utsagn, som han så skal ta taleopptak av på mobilen. Så skal han «(...) få en kjempegod eksponering ved å lytte til tvangstankene på repeat så lenge (han) klarer. Gjerne timevis i loop».

Begge disse eksemplene kan muligens ha et terapeutisk rasjonale og verdt å forsøke med en terapeut, men det er svært risikable aktiviteter å sette i gang med *på egen hånd*. At Pål, som i utgangspunktet har en psykisk lidelse, skal bli helbredet av å lytte på konspirasjonsteorier i timevis i loop, er selvsagt mulig, men en forverring av symptomene virker minst like sannsynlig.

Boken har totalt fem litteraturreferanser. Her bes vi altså om å stole på en forfatter med høy selvtillit, som mener han sitter på løsningen på selveste angstmysteriet. Han ber deg sette i gang med risikable eksperimenter – uten oppfølging og uten kontroll.

DESPERATE MENNESKER

Etter å ha lest boken ble jeg ikke bare bekymret for at desperate mennesker betaler for noe uten effekt, men at den faktisk kan påføre syke mennesker skade.

Boken er skrevet av psykolog Magnus Nordmo. Jeg ønsker ikke å «ta» Nordmo, som kan være offer for overivrige forlagskonsulenter og markedsførere som har bedt ham spisse budskapet. Han behandler imidlertid pasienter og er dermed helsepersonell. Med det følger også et juridisk ansvar under helsepersonelloven.

I lovens § 13, første ledd, heter det at «innholdet i markedsføringen (må) være nøkternt og saklig. Det innebærer at markedsføringen ikke må inneholde opplysninger som kan vildelede pasientene eller befolkningen. I vurderingen av hva som er villedende skal det blant annet legges vekt på om markedsføringen kan bidra til å utnytte befolkningens mangelfulle kunnskap, eksempelvis om det er et misforhold mellom tilbudet slik det fremgår av markedsføringen, påregnelig resultat og eventuelle uheldige skader eller bivirkninger.»

Et slikt misforhold er åpenbart til stede her.

BØR TREKKES TILBAKE

Til slutt: Hva forteller det om samfunnets syn på psykisk sykdom at *Den lille boken som kurer sterk angst* kan bli markedsført på denne

måten? Finnes det andre sykdommer der vi hadde akseptert at helsepersonell selger falske forhåpninger til desperate mennesker? Den lille boka som kurerer kreft?

Kompleksiteten ved angst, hvor vanskelig det er å behandle, det somatiske ubehaget og de alvorlige konsekvensene det har for dem som lider, blir ikke tatt på alvor. «Angst er ikke farlig!» gjentas det ofte i boka. Nei, men det kan være forferdelig vondt og invalidiserende. Sterk angst er en alvorlig sykdom.

Den lille boken som kurerer sterk angst viser at Frisk Forlag er villig til å profitere på folks desperasjon. Det skygger over nytteverdien boken eventuelt ellers måtte ha. Boka bør trekkes fra markedet. ✘



Her bes vi altså om å stole på en forfatter med høy selvtillit, som mener han sitter på løsningen på selveste angstmysteriet

REFERANSER

- Frurukawa, T., Noma, H., Caldwell, D., Honyashiki, M., Shinohara, K., Imai, H., . . . Churchill, R. (2014). Waiting list may be a nocebo condition in psychotherapy trials: A contribution from network meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(3), 181–192.
- Nordmo, M. (2022). *En liten bok som kurerer sterk angst*. Frisk forlag.
- Van Dis, E. A., Van Veen, S. C., Hagens, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L., Van Den Heuvel, R. M., . . . Engelhard, I. M. (2020). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 77(3), 265–273.

I tråd med Vær varsom-plakatens punkt 4.14, har forfatter Magnus Nordmo og Frisk forlag fått anledning til samtidig imøtegåelse av kritikken mot Den lille boken som kurerer sterk angst. Imøtegåelsene finner du på side 676–677.

Meninger



DEBATT

Nei takk til profesjonskamp

Psykisk helsefeltet trenger ikke en ny profesjonskamp mellom psykologer og psykiatere. Mest av alt er vi avhengige av å rekruttere framtidige spesialister både i psykologi og psykiatri.



TEKST Lars Lien, styreleder i Norsk psykiatrisk forening

PSYKOLOGER OG MAKT

IFØLGE ANNE-KARI TORGALSBØEN i hennes essay i siste nummeret av *Psykologtidsskriftet* «... avhenger psykiatriens menneskelige ansikt av at den 'livnærer seg' på den kliniske psykologien. Men fordi psykiatere har sin grunnutdanning som leger, går de inn i lederstillinger i psykisk helsevern med en selvfølgelig autoritet, til tross for at den medisinske disiplinen psykiatri mangler en teoriforankret forståelse av psykisk lidelse.»

Det er med et visst vemod vi leser essayet som fortsatt støtter opp under et dikotomt syn på psyke og soma, et syn som hører til på skraphaugen sammen med andre foreldede ideer. Psykologen har også tydeligvis glemt sin historie. Og den som ikke kjenner til sin historie, kjenner ikke seg selv. Hun har glemt at psykoterapi (det psykologen bevisst kaller for psykologisk behandling) ble startet av leger, spesielt psykiatere. De banet veien for å bruke samtalen som en klinisk metode. Klinisk psykologi hviler godt på arbeidet til pionérer innenfor psykiatrien.

MYE PSYKOLOGI I LEGEROLLEE

Psykiatere spiller også en betydelig rolle i å utforme klinisk tenkning og implementere

teorier i klinisk arbeid gjennom fems års tjeneste i forskjellige poster, møte alle typer pasienter og gå i årevis i veiledning. Psykiatri er et stort fag i medisinen, et av de tre store ved siden av indremedisin og kirurgi. Dette faget har ikke en teori, men mange teorier. Det har psykologiske, biologiske, sosiale og til og med kulturelle, eksistensielle og filosofiske teorier.

Legerollen har mye psykologi med seg. Fastleger bruker cirka halvparten av tiden sin på problemstillinger relatert til psykisk lidelse. En barnekirurg eller onkolog må forstå mennesker i kriser, må gi alvorlige beskjeder, må hjelpe til med å bearbeide sorg eller holde ut med sykdom. Legerollen innebærer i tillegg til å være medisinsk ekspert også å være en god kommunikator, samarbeidspartner, leder, ha et folkehelseperspektiv, være forsker og underviser og profesjonell (etikk, respekt, integritet).

PSYKE OG SOMA HENGER SAMMEN

Medisinerutdanning er bygget opp på grunnprinsippene knyttet til disse ulike legerollene. Derfor er mye av studiet knyttet til forståelsen av legerollen, lege-pasient-forholdet, kommunikasjon, samfunnsmedisin, forskning og ikke



Faksimile av juniutgaven

minst hvordan psyke og soma henger sammen, og at vi skal ha kunnskap om hele mennesket. Denne forståelsen av faget er ikke minst viktig i psykiatrien, og vi som psykiatere bidrar inn med vår tverrfaglighet. Som del av legeprofesjonen har vi også en viktig rolle i å minne våre egne kollegaer om de dype sammenhengene mellom kroppslig og psykisk sykdom.

Vi kjenner oss ikke helt igjen i beskrivelsen av at «*psykiatere går inn i lederstillinger i psykisk helsevern med en selvfølgelig autoritet*». Vi mener fortsatt at for få psykiatere går inn i lederstillinger. Samtidig tenker vi at leger har en naturlig autoritet og ledertrening gjennom den utdanning og praksis de har hatt, hvor de må ta raske beslutninger med store konsekvenser for pasientene. Det er nesten alltid psykiatere som blir tilkalt når de vanskelige tilfellene oppstår. På samme måte som med spesialister i psykologi ønsker vi at psykiatere skal ta det

naturlige faglige lederskapet som vår opplæring og myndiggjøring gir oss.

MARGINALISERING

Psykisk helsefeltet trenger ikke noen ny profesjonskamp. Alle gode krefter trengs, og vi er mest av alt avhengig av å rekruttere framtidige spesialister både i psykologi og psykiatri. For å lykkes med det må vi snakke opp fagene og være tydelige på at det er behov for ulike teoretiske innfallsvinkler. Vi ser i noen tilfeller at enkelte ledere i klinisk virksomhet bevisst og ubevisst jobber for å marginalisere psykiaterens posisjon og rolle. Dette er svært urovekkende, og alle pasienter som kommer til spesialisthelsetjenesten, bør få tilbud om undersøkelse av psykiater, både for å vurdere mulige sammenhenger mellom somatisk sykdom og psykiske symptomer, men også for å få tilbud om medikamentell behandling, og ikke minst få en vurdering av den somatiske helsen. ✕

Den som ikke kjenner til sin historie, kjenner ikke seg selv



Tvang gir mening i rusfeltet

En tvangsinnleggelse i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) kan forstås som en motkraft til tvangen som følger av rusmiddelavhengighet.

GRO WALØ-SYVERSEN SKRIVER i Psykologtidsskriftet om bruk av tvang i TSB (Walø-Syversen, 2022). Essayet hennes ble introdusert slik på Facebook: «Rusavhengige utsettes for meningsløs tvang, mener psykologspesialist, ph.d., Gro Walø-Syversen og etterlyser en reform av tjenestene.»

Jeg opplever at hennes formidling i liten grad samsvarer med mine erfaringer fra Avdeling for rusmedisin (AFR) i Helse Bergen. Samtidig er jeg enig med henne i at det er et stort behov for en oppdatert kartlegging av feltet. Walø-Syversen baserer mye av sitt essay på to hovedkilder: Rokkanrapporten (Lundeberg et al., 2010) og forskning fra Sørlandet sykehus (f.eks. Kristensen et al., 2018). Jeg savner at hun presenterer materiale fra boken som forfatterne av Rokkanrapporten senere ga ut (Lundeberg et al., 2014), hvor de utdyper og nyanserer funnene fra rapporten.

Jeg har arbeidet med pasienter innlagt med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven i ca. ti år. Siden 2011 har AFR hatt en egen sengepost for denne pasientgruppen. I denne perioden har anslagsvis 250–300 pasienter vært innlagt hos oss, og min opplevelse av denne gruppen pasienter og deres erfaringer med å ha vært innlagt på tvang harmonerer langt bedre med forskningen fra Sørlandet sykehus enn med det som beskrives i Rokkanrapporten. Dette kan antakelig delvis forklares av at sistnevnte baserer seg på data som er innhentet så langt tilbake i tid som perioden 1993–2008. Som kjent fikk personer med rusmiddelrelaterte lidelser pasientstatus først i 2004. Det meste av dataene i Rokkanrapporten er derfor innhentet fra tiden før behand-

lingsansvaret ble overført til spesialisthelsetjenesten.

PRIORITERES FORAN ANDRE

Da AFR etablerte sin tvangspost, ble blant annet funnene i Rokkanrapporten brukt for å sikre best mulig anvendelse av lovverket. Et viktig premiss er at pasienter som er innlagt på tvang, prioriteres foran andre pasienter til videre frivillig behandling. Det har gjort at vi i de fleste tilfeller har fått til sømløse overganger, selv når pasientene først helt mot slutten av oppholdet bestemmer seg for at de ønsker behandling. Dette står altså i motsetning til det Walø-Syversen beskriver, basert på Rokkanrapporten. Et annet viktig aspekt er at AFR hele tiden har vektlagt et nært samarbeid med kommunale instanser, tilbudt råd og bistand allerede i vurderingsfasen, og har hatt rutiner for samhandling gjennom hele forløpet.

Antall plasser ved vår post har variert i takt med behov. Det var på det meste 10 (i 2013/14) og er pr. i dag 4. Jeg frykter at nedgangen i belegg har sammenheng med at tvang i TSB har gått med i dragsuget når politikere og interessegrupper har vært opptatt av å redusere tvangsbruk. Slik jeg har forstått det, er det spesifikke tvangstiltak brukt innen psykisk helsevern (tvangsmedisinering, bruk av mekaniske tvangsmidler og skjerming) som har drevet frem ønsket om reduksjon. Under vårt lovverk kan vi ikke bruke noen av disse tvangsmidlene. For vår pasientgruppe er mitt inntrykk at terskelen for å fatte vedtak nå er blitt vesentlig høyere. Ordinære vedtak forekommer sjelden. Ofte fattes vedtak først når pasientens liv står i akutt fare, og omfanget av komorbide psykiske



TEKST Gry Kristin Lia, psykologspesialist, Helse Bergen HF, Avdeling for rusmedisin

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

RUS





En del pasienter ønsker seg faktisk tilbake til tvangsposten dersom de senere opplever tilbakefall

og somatiske lidelser hos pasientene har økt i urovekkende grad. I forslaget til «tvangsbe- grensningsloven» er det foreslått at ansvaret for å fatte vedtak skal overføres til TSB, noe jeg håper vil medføre at flere som har behov for det, kan få tidligere hjelp. Imidlertid vil det foreslåtte begrepet «beslutningskompetanse» være en utfordring å tolke for våre pasienter. Jeg frykter at en snever tolkning av denne kompetansen vil kunne medføre altfor raske utskriv- luser, med økt overdoserisiko og lite behand- lingseffekt som følge.

MOTKRAFT

En tvangsinnleggelse i TSB kan forstås som en motkraft til tvangen som følger av rusmid- delavhengighet. Vår oppgave når vi tar imot pasienter, er først og fremst å hindre inntak av rusmidler. Tvangsmidlene vi kan bruke, begrenser seg til tiltak rettet mot å hindre rus- middelbruk. Enkelt sagt fjerner vi tilgangen til rusmidler for at en spontan tilfriskning skal kunne skje. I tillegg er det selvfølgelig avgjø- rende å tilføre noe annet: for eksempel hjelp til å etablere gode daglige rutiner, legge til rette for mestringsopplevelser etc. Som i døgnin- stitusjoner i TSB generelt er miljøterapien et bærende element.

Pasienter som blir innlagt på tvang i TSB, har en gyllen anledning til å bli utredet. Basert på typiske erfaringer med våre pasienter i AFR opplever de fleste langt bedre livskvalitet og

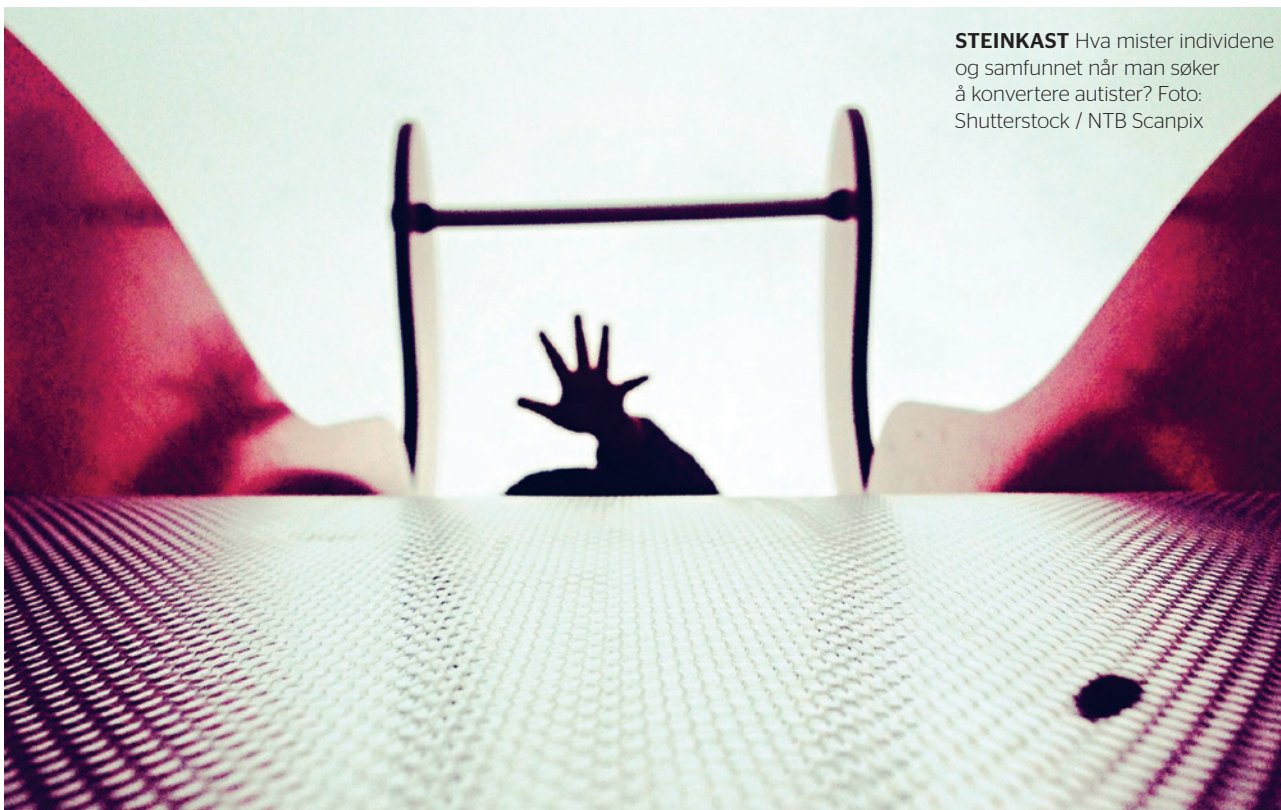
rusmestring. Vi har i mange tilfeller tid til å få på plass et botilbud som er bedre tilpasset pasi- entens behov. De vil kanskje kunne reetablere relasjoner til familie, venner og hjelpeinstanser. Noen bestemmer seg for å velge et annet livsløp og å redusere bruk av rusmidler eller kanskje slutte helt å ruse seg. Et stort flertall av våre pasienter er i ettertid positive til at tvangsved- taket ble fattet, og uttrykker takknemlighet for det og for oppholdet hos oss. Jeg har ikke opp- levd at noen i ettertid har hevdet at tvangsopp- holdet har skadet dem. En del pasienter ønsker seg faktisk tilbake til tvangsposten dersom de senere opplever tilbakefall, og ber selv om at kommunen skal fatte et nytt vedtak.

LIKE GOD EFFEKT

Det er verdt å merke seg at tvangsinnlagte pasi- enter har like god effekt av innleggelsen som pasienter innlagt ved frivillige behandlings- tilbud har. Jeg har mange ganger hørt pasien- ter si at tvangsinnleggelsen reddet livet deres, noe jeg faktisk tror er realiteten for et flertall av dem. Det er viktig å ha i mente at for denne pasientgruppen er frivillig behandling ikke et alternativ på det tidspunktet tvangsvedtaket fattes; frivillighet skal allerede ha vært forsøkt eller åpenbart ikke ha noen hensikt. Dermed ville alternativet til et tvangsopphold med stor sannsynlighet ha vært at de gikk til grunne, og i verste fall ble en del av statistikken for rusmid- delrelaterte dødsfall. ✕

REFERANSER

- Forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon (2016). *Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelpro- blemer*. (FOR-2016-08-26-1003). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2016-08-26-1003>
- Helsedirektoratet (2016). *Veileder om tvangstiltak overfor mennesker med rusmiddelproblemer – etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10* (IS-2355). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/tvang-overfor-personer-med-rusmiddelproblemer>
- Kristensen, Ø., Opsal, A. & Clausen, T. (2018). Tvangsinnleggelse for rusbehandling? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, (8). DOI: 10.4045/tids- skr.17.1114.
- Lundeberg, I., Mjåland, K., Søvig, K. H., Nilssen, E. & Ravneberg, B. (2010). *Tvang overfor rusmiddel- avhengige: Evaluering av Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3* (Rapport 2-2010). Stein Rok- kan Senter for flerfaglige samfunnsstudier.
- Lundeberg, I. R., Mjåland, K. & Søvig, K. H. (2014). *Tvang i rusfeltet: Regelverk, praksis og erfaringer med tvang*. Gyldendal juridisk.
- Walø-Syversen, G. (2022). Bruk av tvang i behandling av rusmiddelavhengighet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(6), 534-539.



STEINKAST Hva mister individene og samfunnet når man søker å konvertere autister? Foto: Shutterstock / NTB Scanpix

Kunsten å kaste stein i glasshus

Det vil kunne tjene Svein Eikeseth som atferdsanalytiker å lytte til kritikken mot konverteringsterapi.



EIKESETH FORTSETTER Å forsvare bruken av EIBI og ABA overfor autister. Disse metodikkene blir kalt «konverteringsterapi» av autister og motstandere over hele verden. Jeg mener at denne terminologien er mer dekkende for hva de går ut på. EIBI og konverteringsterapi for skeive er i tillegg påvirket i stor grad av én og samme atferdsanalytiker, med de samme virkemidlene, med det samme målet.

Man ser også likhetstrekk i erfaringene som blir fortalt av autister og skeive om konverteringsterapiene de har blitt utsatt for, i tillegg til lignende langtidsskader i ettertid. Det bør ikke være opp til «behandleren» å definere hvordan «behandlingen» oppleves for dem som utsettes for den. Jeg kommer derfor til å fortsette å bruke termen autistisk konverteringsterapi.

UTILSIKTEDE KONSEKVENSER

Eikeseth fastholder dessverre at det bør være et mål å redusere autistisk atferd gjennom stan-

dardiserte intense intervensjoner mot små barn, og at det er selve autismen som er problematisk. All atferd en autist har, er autistisk. Autismen utgjør ikke en liten del av oss, den er en del av alt vi gjør, og alt vi er. Det er en annerledes, og som regel fullstendig ufarlig, måte å være menneske på.

Autister er oftere skeive enn allister (ikke-autister), sannsynligvis er mange av dem som har mottatt skeiv konverteringsterapi, også autister. Eikeseth mener at straffemetodene innenfor skeiv konverteringsterapi, som er lånt fra den autistiske konverteringsterapien (Rubino, 2021), er barbariske dersom de utøves mot allister. Autistisk konverteringsterapi vil også kunne ha utilsiktede konsekvenser for personens kjønnsidentitet og seksuelle orientering, da atferd søkes «normalisert» på alle felter. De mest kjente personene gjennom historien vi antar var autister (Albert Einstein, Isaac Newton og Wolfgang Amadeus Mozart) har én ting

TEKST Veslemøy Krey Stubberud, samfunnsviter, medlem i Nevromangfold Norge

AUTISME





Man lærer derimot å være lydlig og å ha liten tiltro til egne ønsker

til felles; ingen av dem ble utsatt for konverteringsterapi. Hva mister individene og samfunnet når man søker å konvertere autister?

FAGPERSONERS ANSVAR

Eikeseth refererer blant annet til «Theory of mind» for å forsvare bruken av konverteringsterapi mot autister – en åttitallsteori som hevder at autister har mindre empati og forståelse for andres perspektiver. «The double empathy problem» (Milton, 2012) har vist at utfordringen ikke ligger hos autistene, men oppstår i kommunikasjon på tvers av nevrotyper. Autister forstår andre autister i minst like stor grad som allister forstår hverandre, men allister er mindre interessert i å forstå autister enn vice versa (Sasson et al., 2017). Eikeseths tilsvare er et eksempel på dette, der det tilsynelatende hovedsakelig handler om hvordan konverteringsterapi ikke skader autister, fremfor at han tar forskningen som beviser det motsatte, alvorlig. Det er forståelig at det gjør vondt å skulle innse at behandling man har gitt med de beste intensjoner, har vært skadelig. Men det er fagpersoners ansvar å endre praksis i henhold til ny informasjon som avdekkes.

Bottema-Beutel et al. (2020) fant i sin gjennomgang av 150 studier vedrørende autistisk konverteringsterapi hovedsakelig tre etiske problemstillinger: svak forskningsdesign, manglende avsløring av interessekonflikter og manglende søkelys på uønskede/uforventede konsekvenser av terapien. 70 prosent av studiene som beviser konverteringsterapiens effektivitet, har medforfattere med interessekonflikter, eksempelvis at de selv tilbyr behandlingen og dermed har økonomiske insentiver for å vise til at den fungerer (Bottema-Boutel et al., 2020).

FØLER SEG FRAKOBLET

I Smith et al. (2019) var det kun 19 av 44 foresatte som ønsket å delta i oppfølgingsstudien. Det vises ikke til hvorfor over 50 prosent ikke ønsket å delta ti år etter avsluttet konverteringsterapi for barna deres. Datainnhenting omhandler utdanningshistorikk, samt intellektuell og adaptiv fungering, alt innhentet fra et observasjonsperspektiv. Eventuelle skadevirkninger ser ikke ut til å være av interesse, og det ser ut til å provosere Eikeseth at Kupferstein (2018) spurte autistene selv hvordan terapien hadde påvirket dem.

I Eikeseths nye studie er foreldres og barnehagepersonells grad av tilfredshet rundt autis-

tiske barns «normative» atferd i fokus, og hvor villige de er til å utsette barn for konverteringsterapi. McGill og Robinson (2020) har spurt tolv autister som har blitt utsatt for konverteringsterapi, hva dette har ført til for dem. Majoriteten forteller at de som følge av terapien føler seg frakoblet fra seg selv og sin autistiske identitet, og at den har ført til at de opplever en høyere grad av selvforakt og selvavvisning, seks av autistene har også utviklet psykiske utfordringer, derav fire PTSD (McGill & Robinson 2020, s. 7).

Reduksjon av autistisk atferd innebærer maskering av autistiske trekk i sosiale situasjoner, som ifølge Cassidy et al. (2019, s. 3644) kan føre til at følelsen av utenforskap og manglende tilhørighet forsterkes, som kan føre til selvmordstanker og selvmord. Sandoval-Norton et al. (2019) konstaterer i sin studie at autistisk konverteringsterapi er mishandling.

SMERTEFULL ØYEKONTAKT

Øyekontakt innebærer å bruke egne øyne for å se inn i en annens øye, og er kun en liten del av den sosiale refereringen Eikeseth viser til. For mange autister er øyekontakt, ikke øyeseing, ubehagelig. For noen kan det også oppleves direkte smertefullt. Dette har vist seg å være nevrologisk forankret. Autister tar ofte inn flere detaljer fra omgivelsene enn allister fordi vi sanser på en annerledes måte. Dette inkluderer at vi benytter øynene våre.

Menneskelig atferd er hovedsakelig lært gjennom observasjon, også for autister. Det er noe rigid av Eikeseth å hevde at enten må autister lære å imitere atferd med liten praktisk verdi for senere livsløp, eller så bør de ikke få lære praktiske ferdigheter overhodet. På samme måte som allister starter autister livet som barn. Spørsmålet blir hvorfor ikke autister skal få lære på samme premisser som allister, uten en fasit på hvordan man «mennesker» korrekt.

Det er ikke slik at dersom man setter legoklossen på feil sted på bordet, og dermed blir tvunget til å sette denne på riktig sted, som man ser demonstrert i dokumentaren om Ervin og hans konverteringsterapi på NRK (<https://tv.nrk.no/program/KOID75004719>), vil dette gjøre at man som voksen vil manøvrere verden på en bedre måte. Man lærer derimot å være lydlig og å ha liten tiltro til egne ønsker, og vil se til andre for å få tilbakemelding om man gjør dette riktig. Forskning har vist at autister i mindre grad enn allister påvirkes av gruppepress

fra og med tolvårsalder. Konverteringsterapi vil nok kunne «reparere» denne autistiske atferden ved hjelp av meningsløs imitasjon.

Det vil kunne tjene Eikeseth som atferdsanalytiker å lytte til kritikken mot konverteringsterapi – fremfor å foredle kunsten å kaste stein i glasshus ved å kritisere etikken og metodikken bak denne. ✖

REFERANSER

- Bottema-Beutel, K., Crowley, S., Sandbank, M. & Woynaroski, T. (2020). Errors of omission: why we are deeply concerned about research on autism therapies. *Spectrum News*. <https://www.spectrumnews.org/opinion/errors-of-omission-why-we-are-deeply-concerned-about-research-on-autism-therapies/>
- Cassidy, S. A., Gould, K., Townsend, E., Pelton, M., Robertson, A. E. & Rodgers, J. (2019). Is camouflaging autistic traits associated with suicidal thoughts and behaviours? Expanding the interpersonal psychological theory of suicide in an undergraduate student sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04323-3>
- Kupferstein, H. (2018). Evidence of increased PTSD symptoms in autistics exposed to applied behavior analysis. *Advances in Autism*, 4(1), 19–29. <https://doi.org/10.1108/AIA-08-2017-0016>
- McGill, O. & Robinson, A. (2020). Recalling hidden harms: autistic experiences of childhood applied behavioural analysis (ABA). *Strathprints*. <https://doi.org/10.1108/AIA-04-2020-0025>
- Milton, D. (2012). On the ontological status of autism: the 'double empathy problem'. *Taylor & Francis Online*. <https://doi.org/10.1080/09687599.2012.710008>
- Rubino, S. (2021). The man behind ex-gay "conversion therapy" started out trying to make autistic children "normal". *LGBTQ Nation*. <https://www.lgbtqnation.com/2021/03/man-behind-ex-gay-conversion-therapy-started-trying-make-autistic-children-normal/>
- Sandoval-Norton, A. H., Shkedy, G. & Rushby, J. A. (2019). How much compliance is too much compliance: Is long-term ABA therapy abuse? *Taylor & Francis Online*. <https://doi.org/10.1080/23311908.2019.1641258>
- Sasson, N. J., Faso, D. J., Nugent, J., Lovell, S., Kennedy, D. P. & Grossman, R. B. (2017). Neurotypical peers are less willing to interact with those with autism based on thin slice judgments. *Nature*. <https://doi.org/10.1038/srep40700>
- Smith, D. P., Hayward, D. W., Gale, C. M., Eikeseth, S. & Klintwall, L. (2019). Treatment Gains from Early and Intensive Behavioral Intervention (EIBI) are Maintained 10 Years Later. *Behavior Modification*, 1–21. <https://doi.org/10.1177/0145445519882895>

DEBATT OM AUTISME

Tidligere innlegg:

- Nr. 06 - 2022** Tynt grunnlag for motstand mot EIBI (Svein Eikeseth)
- Nr. 05 - 2022** Det er ikke fordi vi er autister, noen av oss trenger behandling (Veslemøy Krey Stubberud)
- Nr. 04 - 2022** Bør autisme egentlig behandles? (Svein Eikeseth)

Send innlegg til meninger@psykologtidsskriftet.no. Frist er den 10. i hver måned.

DELTA I DEBATTEN

Spaltene er åpne for alle aktører i samfunnsdebatten. Vi ønsker debatt om aktuelle samfunnstemaer, om behandlingsmetoder, ideologi, fagetikk, utdanning, helsepolitikk og lønns- og fagpolitiske spørsmål. Her kan du starte viktige debatter eller svare på innlegg i tidligere utgaver.

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder. Vi ønsker innlegg som er sendt eksklusivt til oss.

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

HOVEDKRONIKK

Hovedkronikken i *Psykologtidsskriftet* tar for seg en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 til 8000 tegn inkludert mellomrom.

Redaksjonen kan redigere og forkorte innsendte bidrag. *Psykologtidsskriftet* er ansvarlige for titler, ingress og mellomtitler. Alle bidrag kan publiseres på nett. Innlegg kan også bli publisert i andre medier *Psykologtidsskriftet* inngår avtale med. Send inn i Word-format. Sett referanser i tråd med APA-stilen.

Bør fagfolk egentlig tie?

Sensur av fagfolk kan i verste fall føre til en selvhjelps-litteratur som utelukkende inneholder aktører uten helseutdanning.

TEKST Magnus Nordmo, ph.d., psykolog og forsker ved Folkehelseinstituttet

SELVHJELPS-LITTERATUR

I DAG WOLLEBÆKS innlegg legges det frem en rekke kritiske synspunkter mot «Den lille boken som kurerer sterk angst». Wollebæk oppgir at hans hovedkritikk er at boken markedsføres som en effektiv kur mot sterk angst. Han mener at forskningen viser at kognitiv terapi ikke fungerer spesielt godt mot angstlidelser og sidestiller meg med alternativ behandlere som utnytter desperate kreftpasienter. Dette er en alvorlig anklage, som krever en saklig respons.

Utgangspunktet for påstanden er en meta-analyse av van Dis et al. (2020) som konkluderer med at kognitiv terapi virker å fungere, men at det er få studier av høy kvalitet med lang oppfølging. Denne meta-analysen er av den konservative sorten som krever at intervensjonsgruppen sammenlignes med en aktiv kontrollgruppe, eksempelvis kurs i avslapning eller «treatment as usual». Den strenge definisjonen medfører at kun en studie blir inkludert for pasienter med panikkangst. Fordelen med denne definisjonen er at man unngår å sammenligne med venteliste-kontrollgruppe, som man antar kan ha en negativ effekt. Ulempen er at det er vanskelig å vite hva man egentlig sammenligner med. I mange tilfeller er «treatment as usual» nettopp kognitiv terapi med en fastlege eller annet helsepersonell. På samme måte fremhever van Dis et al. (2020) at avslapningsøvelser antageligvis involverer eksponering som er hovedingrediensen i kognitiv terapi mot angst. Det er også metodologiske utfordringer knyttet til å studere effekten av en terapiform, sammenlignet med en kontrollgruppe over flere år. Hovedproblemet er at menneskene i kontrollgruppen oppsøker terapien de skal være kontroll imot. En balansert gjennomgang av denne litteraturen må også inkludere de svært mange studiene som viser gode resultater sett opp mot et rikt utvalg av kontrollbetingelser (Carpenter et al., 2018; Hoffman et al., 2012), samt studiene som viser positive resultater av selvhjelp (Morgan et

al., 2017; Andrews et al., 2018, Egan et al.; 2021, Wootton et al., 2018).

I kontrast til Wollebæks innlegg mener de fleste forskere og klinikere at forskningsbaserte lavterskeltilbud blir altfor lite brukt. Mange med angst får liten hjelp av det offentlige helsetilbudet, kan ikke betale privat og må klare seg selv. Da er det godt med en veileder som koster en brøkdell av en time hos privatpraktiserende psykolog. Innholdet i boken er ment til å gå rett på kjernen av problemet, fra et kognitivt perspektiv, og gi leseren en forståelig oppskrift. Å tilby leseren en lettfattelig fremgangsmåte til evidensbaserte tilnærminger for selvhjelp fordrer en språklig balansegang. På den ene siden vil man formulere seg så enkelt og klart som mulig, på den andre siden vil man ivareta akademiske hensyn til sirlig presisjon og anerkjennelse av kompleksitet og nyanser. Jeg har forsøkt å balansere disse hensynene etter beste evne i min bok. Wollebæk synes jeg skriver for banalt og forenkler, mens mange andre lesere gjerne skulle sett at boken var enda mer praktisk anvendelig og språklig tilgjengelig.

Wollebæk frykter også at boken kan føre til forverring. Dette er en frykt jeg deler med ham. Det ville vært fryktelig om en leser av min bok blir mer psykisk syk som konsekvens. Allikevel mener jeg at fagfolk bør gi generelle råd til dem som ønsker. Det er vanskelig å forsvare at gode generelle råd er mer skadelig enn ingen råd. Dersom noen du var glad i strevde med angst og ikke fikk hjelp av det offentlige, hva villet du ønsket for dem? Undersøkelser viser at folk er positive til lavterskeltilbud og opplever at innholdet hjelper dem. For noen oppleves det som en mirakelkur. Jeg har aldri snakket med noen som ville vært det foruten.

Jeg har sympati for dem som strever med angst, og blir provosert av enkle fremstillinger av lidelsen og behandlingen. Angst er grusomt for dem som opplever det og eksponering er det verste man kan tenke seg. Selv om oppskriften er



Allikevel syns jeg at psykologer burde vektlegge muligheten til forbedring

«enkel» er det på ingen måte enkelt å gjennomføre den i praksis. Noen gjør alt «rett» og opplever ingen bedring. Allikevel syns jeg at psykologer burde vektlegge muligheten til forbedring. Er man tvunget til å formidle et kort generelt budskap, syns jeg vi burde heie og motivere selv om vi på ingen måte kan garantere for et positivt utfall. Sensur av fagfolk kan i verste fall føre til en selvhjelps litteratur som utelukkende inneholder aktører uten helseutdanning. ✕

REFERANSER:

- Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: an updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 70–78.
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, 35(6), 502–514.
- Van Dis, E. A., Van Veen, S. C., Hagenaaars, M. A., Bate-laan, N. M., Bockting, C. L., Van Den Heuvel, R. M., ... & Engelhard, I. M. (2020). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 265–273.
- Egan, S. J., McEvoy, P., Wade, T. D., Ure, S., Johnson, A. R., Gill, C., ... & Shafraan, R. (2021). Unguided low intensity cognitive behaviour therapy for anxiety and depression during the COVID-19 pandemic: A randomised trial. *Behaviour Research and Therapy*, 144, 103902.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440.
- Morgan, C., Mason, E., Newby, J. M., Mahoney, A. E., Hobbs, M. J., McAloon, J., & Andrews, G. (2017). The effectiveness of unguided internet cognitive behavioural therapy for mixed anxiety and depression. *Internet Interventions*, 10, 47–53.
- Wootton, B. M., Steinman, S. A., Czerniawski, A., Norris, K., Baptie, C., Diefenbach, G., & Tolin, D. F. (2018). An evaluation of the effectiveness of a transdiagnostic bibliotherapy program for anxiety and related disorders: results from two studies using a benchmarking approach. *Cognitive Therapy and Research*, 42(5), 565–580.

Verdifull spissformulering om komplisert tema

Med sju uker på bestselgerlistene for sakprosa denne våren har mange funnet tilbudet de mangler, gjennom *Den lille boken som kurerer sterk angst*.

TEKST Anders Aasen Berget, forlegger i Frisk forlag og redaktør for *Den lille boken som kurerer sterk angst*.

SELVHJELPSLITTERATUR

BØKER SOM INSPIRERER, motiverer og hjelper leserne, er utgangspunktet for alle bøker Frisk forlag gir ut. *Den lille boken som kurerer sterk angst* sjekker av på alt dette og er en riktig bok både å gi ut og å markedsføre. Magnus både evner og våger i boka å spissformulere og å forklare enkelt for vanlige folk et komplekst tema som angst. En verdifull egen-skap hos fagfolk!

Lovparagrafene Wollebæk viser til, gjelder markedsføring av helse- og omsorgstjenester og virksomheter som utfører helse- og omsorgstjenester. I dette tilfellet er det et forlag som markedsfører en bok, og ikke en terapeut som markedsfører sine tjenester. Tittelen er spisset og gjør det enkelt å forstå hva boka kan gjøre for deg som leser, akkurat det en god forside skal gjøre. Selvsagt vil ikke alle med angstproblematikk komme i mål med denne boka, men vi har tillit til at folk skjønner det når de velger å kjøpe boka. Det er også et poeng å ta med seg at denne boka selger svært godt i bokhandel, der folk har mulighet til å bla i boka og gjøre seg opp en mening om dens verdi før de kjøper. Med sju uker på bestselgerlistene for sakprosa denne våren har mange funnet den boken eller det tilbudet de mangler, gjennom *Den lille boken som kurerer sterk angst*.

Kundeservice håndterer hvert år titusener av henvendelser og kommentarer i ulike sosiale medier. I dette konkrete tilfellet svarte vi på to kommentarer, og satte deretter strek. Vi ønsker debatt rundt bøkene våre, men vi bruker ikke bokannonser på sosiale medier som debattarena. ✕

I tråd med Vær varsom-plakatens punkt 4.14, har forfatter og forlag fått anledning til samtidig imøtegåelse av kritikken mot Den lille boka som kurerer sterk angst i denne utgaven av Etikpanelet.

En annen og mer turbulent profesjonshistorie

Høstmælingens oversikt over profesjonens historie må ses på bakgrunn av at psykologisk vitenskap ikke har avansert, og at den generelle viten man har, er innebygget i språk og kultur.

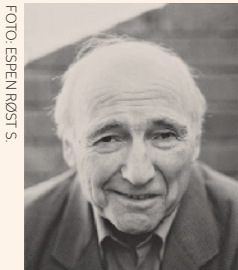


FOTO: ESPEN RØST S.

TEKST

Jan Smedslund

DA JEG LESTE Andreas Høstmælingens redegjørelse for psykologiprofesjonens historie og situasjon i Norge (Høstmælingen, 2022), opplevde jeg at noe manglet, nemlig en redegjørelse for fagets alvorlige interne krise. Forholdet mellom forskning og praksis har vært sentralt i hele mitt faglige liv, fra jeg ble psykologistudent i vårsemesteret 1948. Her vil jeg skissere profesjonens historie og nåværende situasjon på en annen måte enn Høstmælingen.

Den moderne psykologien skulle i utgangspunktet være en erfaringsvitenskap til forskjell fra den gamle «arm chair»-psykologien. Observasjoner og forsøk skulle erstatte anekdoter og spekulasjoner. Psykologien skulle kopiere naturvitenskapens suksesser.

De første studiene i den moderne psykologien var av enkle sammenhenger mellom målbare fysiske og psykologiske variabler hos enkeltpersoner. Det første, og også siste, alvorlige forsøket på å gjøre psykologiske prosesser i én person til gjenstand for et klassisk naturvitenskapelig eksperiment (varierte én faktor og holde alle andre konstant) ble gjort av Hermann Ebbinghaus (1880/1993) med hukommelse. *Ingen* forsøkte å videreføre Ebbinghaus' metode.

Forsøket på å gjøre psykologi til et eksperimentelt studium av hva som foregår i den

enkelte person, ble stilltiende oppgitt, fordi den viste at antallet virksomme faktorer var ubestemmelig stort og umulig å holde konstant. Etter århundreskiftet var nesten *alle* forskningsrapporter basert på *gjennomsnittlige* resultater for *mange* personer (Danziger, 1990). Psykologi ble forandret til studiet av «the generalized human mind» (psykologi ble til *psykodemografi*). I dag gjelder det fortsatt at hvis noe skal være «vitenskapelig», må man ha med *mange* personer.

ÅRSAK-VIRKNING FORLATES

Overgangen fra studier av enkeltpersoner til gruppegjennomsnitt gjorde at man begynte å studere *statistiske forskjeller* og *korrelasjoner* i stedet for *eksakte årsak-virkning-forhold*. Det ga mer stabile resultater og mer praktisk gjennomførbare forskningsmetoder. Direkte utprøving av kausal-hypoteser ble erstattet av nullhypoteser og signifikanstesting. Man sluttet å spørre direkte om en hypotese stemte eller ikke stemte, og begynte i stedet å spørre mer beskjedent om et resultat var helt tilfeldig eller ikke. Med andre ord, hvis en bestemt hypotese er at A henger sammen med B, så spør man om sannsynligheten for at A og B er helt urelatert (nullhypotesen). Det vanlige kriteriet er $p = 0.05$, og hvis p er mindre, konkluderer man at resulta-

tet sannsynligvis ikke er tilfeldig, men i tillegg konkluderer man også at utgangshypotesen derfor er styrket.

Fra 1960-tallet ble denne formen for forskning økende utsatt for hard kritikk og etter hvert direkte nedslakting (Green, 2021). Enkelt uttrykt peker kritikken på at man feilaktig slutter fra at et funn er statistisk signifikant, til at dette støtter en bestemt teori om funnet. Selv om man forstår at korrelasjon *ikke* betyr kausalitet, fortsetter man å tro at signifikans betyr støtte til utgangshypotesen. Man tenker «Dette kan ikke være tilfeldig, derfor må denne hypotesen være sann». Denne slutningen er feil fordi det at et funn kan forklares av en hypotese, ikke sier noe om hvilke av mange *andre* hypoteser som også kan forklare det samme funnet. Den psykodemografiske forskningen har havnet i et spor som *gjør* at mengder av hypoteser anses som styrket fordi data er signifikante. Man unngår derved sammenstilling med andre teorier, og derfor stopper all fremgang. Resultatet er en endeløs rekke av nye studier med «bekrefte» resultater, og psykodemografi er blitt et degenerert prosjekt som ikke kan gå fremover. I tillegg kommer at denne forskningen gjennomgående bare oppviser så svake resultater (små forskjeller og korrelasjoner) at de sjelden kan gi brukbart grunnlag for praktiske valg.

NULL-HYPOTESE-RITUALET

En annen hovedkonklusjon som direkte vedrører forholdet mellom den psykodemografiske forskningsmodellen og praksis, er formulert av Lamiell (2019):

«The results of null hypothesis significance testing in RCTs do not warrant *any* claims to knowledge about *any* individuals at all» (s. 164). I tillegg til at psykodemografisk forskning ikke kan gå fremover, peker Lamiell altså på at denne forskningen uansett ikke sier noe om prosesser i enkeltpersoner, som jo psykologers praksis er rettet mot.

Et tredje moment som kommer i tillegg til de foregående, er at beskrivelser av psykologiske hypoteser alltid avspeiler *semantikk*, det vil si uttrykker hva som følger av begrepssystemet i språk og sosiale regler. Denne semantiske forskningstradisjonen ble startet av Fritz Heider (1958), som pekte på at språket inneholder mange sammenhenger som er logiske, og derfor ikke behøver å prøves empirisk (Hvis noen *ønsker* å gjøre x og *tror* hun *kan* gjøre x, så *forsøker* hun å gjøre x). Tankegangen ble videreført av Smedslund (1970), som pekte på det sirkulære forholdet mellom mening og logikk. Hva et uttrykk *betyr*, er hva som *følger av* det, og hva det *følger av*. Smedslund (1978) fulgte opp tanken om at språket er fullt av logiske sammenhenger, ved å bevise at Banduras antatt empiriske teori om mestringsstro (self-efficacy) i sin helhet var sammensatt av logisk nødvendige teoremer som ikke behøvde å prøves empirisk. Flere andre forskere pekte også på den hyppige forekomsten av tilsynelatende empiriske undersøkelser av logisk nødvendige hypoteser (pseudoempiri.) Eksempel: å samle inn data for å vise at den som opplever noe *uventet*, blir *overrasket*.

Heiders antakelse om at språket er fylt av analytiske (det vil si logisk nødvendige) sammenhenger, ble fulgt opp med *psykologikken* (Smedslund, 1988), som var et forsøk på å sammenfatte dagligspråkets grunnbegreper i et helhetlig aksiomatisk system. Arbeidet med psykologikk førte til en økt innsikt om at det er umulig å gi strenge definisjoner av grunnbegrepene, og dette førte til en omfattende revisjon av systemet (Smedslund, 1997). Definisjoner ble erstattet av teoremer. »

”

Forsøket på å gjøre psykologi til et eksperimentelt studium av hva som foregår i den enkelte person, ble stilltiende oppgitt



Direkte utprøving av kausal-hypoteser ble erstattet av null-hypoteser og signifikanstesting

Eksempel: Begreper som «sinne» og «frustrasjon» ble ikke lenger for- søkt strengt definert, men «hvis P er 'sint', så er P frustrert» ble beholdt som et gyldig teorem.

En annen videreutvikling fra klassisk logikk var at logisk implikasjon ble erstattet av «semantisk relasjon» eller «meningslikhet».

«P and Q are semantically related = df»

«something can be inferred from the truthvalue of P about the truthvalue of Q and/or something can be inferred from the truthvalue of Q about the truthvalue of P» (Smedslund, 1987).

To andre forhold har spilt en rolle i den avklaringsprosessen som har skjedd i den teoretiske utviklingen av modellen.

Et viktig grunnlag for denne tilnærmingen, psykologikken, er den betydning kontekst alltid har hatt i psykologien. Utallige eksempler og eksperimenter belyser hvordan opplevelser og handlinger er bestemt av situasjonen, og hvorfor psykologer alltid sier «det kommer an på». Dette samsvarer med at isolerte ord og isolerte uttrykk er flertydige og undefinerbare. Psykologiens forsøk på å nøyaktig og sikkert beskrive konteksten som bestemmer hva ord og uttrykk betyr, og derved også hva opplevelser og handlinger betyr, har ikke ført frem. Konklusjonen må bli at psykologiske sammenhenger er *ubestemmelig kompleks og irreversibelt foranderlige*. Her sammenfaller resultatene av logisk/semantisk analyse (flertydighet) med årsaksanalyser (kompleksitet.) Et uttrykk kan bety ubestemmelig mange ting, og en handling kan være forårsaket av ubestemmelig mange ting.

Et annet viktig moment som støtter opp under de foregående, er at omfattende lingvistisk forskning synes å vise at alle menneskelige språk bygger på de samme 60+ «primitivbegrepene» (Wierzbicka, 1996; Goddard & Wierzbicka, 2002). Primitivbegrepene utgjør kjellergulvet i menneskelig språk og tenkning og har det felles at de ikke kan videre defineres og overveiende sannsynlig må være genetisk bestemt. Særlig interessant for psykologer er det at mange av primitivbegrepene er de som vi hele tiden bruker i samtaler om personlige ting. Fem av dem er, uttrykt på engelsk, «think», «know», «want», «feel» og «do» («say»).

Punktene som er nevnt ovenfor, peker alle på at den nå rådende typen av forskning ikke kan føre fremover. Null-hypotese-ritualet stopper all nyutvikling og fremgang, og gjennomsnittsdata forteller ingenting om psykologiske prosesser i enkelt personer. Alt vi kan vite generelt, følger av språkets basale struktur og begreper. I psykologisk praksis kan vi bare støtte oss på psykologikk og lokale sosiale regler og kjennskap til enkeltindivider.

Et pågående prosjekt av G. Smedslund, J.K. Arnulf og J. Smedslund synes å fullt ut bekrefte det ovenstående. Psykologifagets evne til å forutsi og forklare har *ikke* økt i løpet av 65 år, men er helt konstant, og det som *kan* forutsies, kan *i sin helhet* avledes av språk og kultur (semantikk). Dette er dramatisk illustrert ved bruk av algoritmer, hvor nesten hele variansen i data kan forutsies av semantikk (Arnulf, 2020).

For psykologprofesjonen betyr disse konklusjonene at en bærebjelke har sviktet. Høstmølingen skriver at Schjelderups drøm var at psykologen skulle være «en som anvender forskningsbasert kunnskap for å drive problemløsning i praksis». Boulder-modellen – «the scientist–practitioner»

– har derfor vært et hovedgrunnlag i vår profesjon (såkalt evidensbasert praksis). Man har lenge vært klar over at det er krevende å virkelig anvende forskningsbasert kunnskap, men ut fra det foregående må vi se i øynene at vi faktisk ikke har og ikke kan forvente å få slik kunnskap.

Selv uten den antatte støtten fra empirisk forskning har vår profesjon allikevel vist seg levedyktig og fyller en viktig samfunnsrolle. Hvordan skal vi forstå dette? Hva er det psykologene faktisk gjør?

Allerede Wilhelm Dilthey argumenterte for en «forstående» i motsetning til «forklarende» psykologi (rundt år 1900). Psykologen skulle basere seg på å forstå mening. Mening er hva som følger av ordene, og hva ordene følger av (Smedslund, 1970). «Følger av» (hvis ..., så) er en logisk relasjon som finnes i alle menneskelige språk (Wierzbicka, 1996), og som i dag også kan søkes uttrykt i form av algoritmer. Datamaskiner utreder hva som følger av gitte utgangssetninger, langt hurtigere, mer presist

og med større kompleksitet enn hva som tidligere var mulig. De kartlegger hva som følger av antakelser.

Kanskje må vi forstå og praktisere vår profesjon på en måte som er helt forskjellig fra Boulder-modellen, og som ikke er «evidensbasert»? Jeg har forsøkt å gi noen svar på dette ved hjelp av bricoleur-begrepet (Smedslund, 2016, 2021).

Psykologen som bricoleur møter klienter med en lyttende, ikke-forutinntatt holdning og åpenhet for de muligheter som kommer frem i samspillet. En omfattende litteratur er allerede skrevet og vil bli skrevet om detaljene og nyanse i dette, men ut fra hva som er nevnt ovenfor, kan vi ikke forvente fremgang i slik «kvalitativ forskning» annet enn i det enkelte tilfelle, eller i tidsbegrensete og lokale kontekster.

Jeg har forsøkt å antyde at Høstmælingens oversikt over profesjonens offisielle historie og situasjon må kompletteres med et annet og betydelig mer turbulent bilde. ✕

REFERANSER

- Arnulf, J. K. (2020). Wittgenstein's revenge. How semantic algorithms can help survey research escape Smedslund's labyrinth. I T. Lindstad, E. Stanicke & J. Valsiner (Red.), *Respect for Thought* (s. 285–307). Springer.
- Danziger, K. (1990). *Constructing the subject: Historical origins of psychological research*. Cambridge University Press.
- Ebbinghaus, H. (1880/1983). *Urmanuskript «Ueber das Gedächtnis»*. Passavia Universitätsverlag.
- Heider, Fritz (1958) *The Psychology of Interpersonal Relations*. Wiley.
- Goddard, C. & Wierzbicka, A. (Red.) (2002). *Meaning and Universal Grammar: Theory and empirical findings. (two volumes)*. Benjamins.
- Green, C. (2021). The Tragedy of Psychological Theory. *Academia Letters*. <https://doi.org/10.20935/AL142>
- Høstmælingen, A. (2022). Hvordan norsk psykologi ble en klinisk profesjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(4), 248–256.
- Lamiell, J. T. (2019). *Psychology's Misuse of Statistics and Persistent Dismissal of its Critics*. Palgrave, Macmillan.
- Lindstad, T., Stanicke, E. & Valsiner, J. (Red.) (2020). *Respect for Thought. Jan Smedslunds Legacy for Psychology*. Springer.
- Smedslund, J. (1970). Circular relation between understanding and logic. *Scandinavian Journal of Psychology*, 11, 217–219.
- Smedslund, J. (1978). Bandura's theory of self-efficacy: A set of common sense theorems. *Scandinavian Journal of Psychology*, 19, 1–14.
- Smedslund, J. (1987). The epistemic status of inter-item correlations in Eysenck's Personality Questionnaire: the *a priori* versus the empirical in psychological data. *Scandinavian Journal of Psychology*, 28, 42–55.
- Smedslund, J. (1988). *Psycho-logic*. Springer-Verlag.
- Smedslund, J. (1997). *The structure of psychological common sense*. Erlbaum.
- Smedslund, J. (2016). Practicing psychology without an empirical evidence base: the bricoleur model. *New Ideas in Psychology*, 43, 50–56.
- Smedslund, J. (2021). From statistics to trust: Psychology in transition. *New Ideas in Psychology*, 61, 1–7.
- Wierzbicka, A. (1996). *Semantics: Primes and universals*. Oxford University Press.



ANMELDT: BOK

Respektfull formidling med et positivt blikk

Et viktig bidrag med en ny lærebok om bipolar lidelse på norsk, som favner bredt og formidler godt om lidelsen og respektfullt om hvordan man best kan leve med den.



BOK *Bipolare lidelser*

FORFATTER

Dag V. Skjelstad

ÅR 2021

FORLAG Universitetsforlaget

SIDER 364

ANMELDT AV

Kristin Trønnes Svee

Bipolare lidelser er den første boka om diagnosen som er skrevet på norsk på flere år. Det er en fyldig bok på over 300 sider som tar for seg en rekke aspekter ved lidelsen. Dag V. Skjelstad har lang erfaring i arbeid med bipolare lidelser, både gjennom sin doktorgrad og psykoedukative kurs han har holdt i flere år.

I boka er det tydelig at målgruppen i første rekke er fagpersoner, men forfatteren har også et uttrykt ønske om å nå ut direkte til personer med bipolar lidelse. Bipolar lidelse har en stabil forekomst i befolkningen på ca. 0,5 % for bipolar lidelse type 1 og ca. 1,5 % for bipolar lidelse type 2, og de fleste som jobber i psykisk helsevern, kan regne med å møte mennesker med diagnosen i utredning eller behandling. Boka kan dermed fylle et behov for kunnskap om diagnosen og diagnostiske grenseoppganger. Språket i boka er hovedsakelig lettfattat, men skifter noe form mellom ulike deler i boka fra mer formelt språk og tallbaserte fakta til folkelig og lett tilgjengelig formidling.

Boka er lagt opp med vekt på å forhindre skade fremfor å reparere skade, noe som samsvarer med søkelys på forebygging ved bipolarteamet der undertegnede jobber. Bipolar lidelse er en sykdom uten kjent kur. Selv om mange opplever det som en lettelse å få diagnosen, kan det for mange være utfordrende å forholde seg til den i starten. Uten aksept for

diagnosen blir det vanskelig å ta til seg råd og følge opp behandling.

Boka tar for seg dette viktige aspektet ved bipolar lidelse, og en av dens styrker er at den er skrevet med respekt for mennesker med diagnosen sammen med en god kunnskap om og erfaring med feltet. Den er lagt opp slik en kan forvente av en fagbok, der de første kapitlene fokuserer på diagnostikk, årsaker, forekomst og forløp. Boka gir dermed en god gjennomgang av hva bipolar lidelse er, om diagnostikk og årsaker og hva som er forventet av forløp og funksjon etter debut.

Det er tydelig gjennom boka at forfatteren ønsker å fokusere på hvordan det er å ha sykdommen, om identitet og aksept og kunnskap om hvordan en kan forhindre skade. Dette perspektivet er kjernen i all behandling av bipolar lidelse, der tiltak settes inn for at nye sykdomsepisoder skal bli færre, være mildere og kortere enn tidligere.

Forfatteren presenterer en forsiktig holdning til effekt av behandling og angir at kunnskapsgrunnlaget for både medisinske og psykologiske behandlingsformer er mangelfullt. Likevel vektlegger Skjelstad at mye *kan* ha effekt, og framholder et søkelys på å leve et godt liv med diagnosen.

Bipolar lidelse er en sykdom med stor grad av individuell variasjon i sykdomsmønster og fungering på alle områder gjennom forløpet.

Det vises i boka til hvordan forskning skjer på gruppenivå og ikke alltid vil gjelde det enkelte individ, og forfatteren greier å holde fram både forskningsperspektiv på gruppenivå samtidig som det er kasusbeskrivelser i boka som formidler eksempler på hvordan det kan se ut på individnivå. Dette gir mulighet for gjenkjennelse både for fagfolk og dem som har lidelsen selv, eller er pårørende til personer med lidelsen.

Et viktig kapittel er det om kartlegging av varselsignaler, da oppdagelse av tidlige signaler på nye sykdomsepisoder er en viktig del av tiltaksplan for bipolar lidelse. Det kan for mange være vanskelig å vite hva som er tidlige signaler i nye sykdomsepisoder, noe som benyttes for at tiltak kan settes inn tidlig og dermed ha større effekt. Å fylle ut stemningsdagbok holdes fram som et nyttig verktøy for mange, da det kan gi innsikt i sammenhenger som kan brukes for å oppnå større stabilitet.

Medikamentell behandling er ikke hovedfokus i boka, selv om dette er en nødvendig del av behandlingen for mange med bipolar lidelse. Samtidig holdes det allerede fram i starten av boka at «medikamenter er for mange bærebjelken i forebyggingen av tilbakefall». Du finner også en god oversikt over psykososiale tiltak som søvn og døgnrytme, trening, stress og rusmiddelbruk. Det er fint med et eget kapittel om etterlevelse av anbefalte medisiner, da jeg i mitt arbeid opplever at flere behandlere synes dette er en krevende oppgave å følge opp.

Boka gir en oversikt over ulike behandlingsformer, men går ikke i dybden på noen spesifikke tilnærminger. Oversikten som presenteres, gir leseren et utgangspunkt for å selv sette seg inn i spesifikke behandlingsformer. Boka stadfester betydningen av livsførsel uten å undervurdere at endringsprosesser er krevende og må ha både motivasjon og en plan for å kunne oppnås. Et sitat gjengitt i boka illustrerer godt noe av det paradoksale i behandlingstilnærming ved bipolar lidelse:

«Hvis du er manisk, trenger du å gjøre beroligende ting, og hvis du er ned, trenger du å gjøre oppgørende ting, egentlig. Du må gjøre det motsatte av det du føler for.» («Harriet», s. 279)

For psykologer fremstår boka som nyttig og viktig formidling om en lidelse som er vedvarende og for mange personer medfører redusert fungering på flere områder. Også personer med lidelsen og deres pårørende vil kunne ha nytte av å lese boka. Ved vårt team har vi allerede fått tilbakemelding fra våre pasienter om at de har lest boka og satt pris på kunnskapen som formidles i den. Jeg opplevde boka som et godt kunnskapsbidrag, både når det gjelder oversikt over det diagnostiske, men særlig at den beskriver bredt aspekter ved det å leve med en bipolar lidelse. Jeg anbefaler boka på det varmeste. ✖



... vekt på å forhindre skade fremfor å reparere skade

Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

Ønsker du å anmelde fagbøker for Psykologtidsskriftet eller har du tips til bøker som bør omtales? Ta i så fall kontakt med redaksjonen. Lengre bokessay er også av interesse.

En vanlig bokanmeldelse er på 3-4000 tegn.

Opplys om det foreligger mulige interessekonflikter i vurderingen av en bok.

Send forespørsel på e-post til redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Sorgen er din egen

Serien Mare of Easttown er en studie i hvordan fastlåst sorg kan fortone seg. Portrettet av Mare er dagsaktuelt og gjenspeiler nye sorgdiagnoser.

TEKST Simen Fjellstad Holm

KONTAKT simen@akerselvapsykologene.no

I fjor kom nok en nordisk-noir-inspirert småbykrim. Mare of Easttown har alle ingrediensene: dyster drapssak, rufsete etterforsker, mystisk fremmed, rystende oppklaring. Det er imidlertid ikke plottet som fester seg. Det er karakterene, deres kamp for et liv som er verdt å leve i et desillusjonert Amerika.

I brennpunktet står etterforsker Mare Sheehan. Gjennom syv episoder blir vi kjent med hennes kompliserte sorgprosess, og følger henne på den lange veien mot forsoning. Det er den underkommuniserte sorgen seeren sakte, men sikkert fornemmer: den seige, årelange, som vedvarer lenge etter at støvet har lagt seg. Der livet en forsøker å finne tilbake til etter begravelsen, ikke lenger finnes. Der man har mistet én person, men hele verden fremstår utarmet. Mare viser oss hvordan en sorgprosess kan kile seg fast.

For å forstå Mares lidelse må vi tegne opp skillelinjer mellom normal sorg, patologisk sorg og sorgutløst depresjon.

POST-APOKALYPSE NÅ

Mares sønn begikk selvmord to år tidligere, etter å ha levd et liv med ulike psykiatriske diagnoser og rusavhengighet. Det er altså den mest

utenkelige tapserfaringen av alle som danner bakteppet: en mors tap av barnet hun selv har båret frem, den arketypiske sorgen.

De første bildene regissør Craig Zobel viser oss, er en utslitt fabrikk, et falleferdig hus og en gravlund. Omgivelsene speiler den post-apokalyptiske og desillusjonerte stemningen i Mare. Det er noe nesten absurd over tilværelsen hennes. Hun bor sammen med moren, datteren og barnebarnet. Eksmannen bor vis-a-vis med sin nye familie. I første episode må Mare kjøpe et bur til barnebarnets nye skilpadde, selv om hun vet den vil bli forsømt og få en snarlig død, akkurat som øglen hun nettopp skylte ned i do. Hun har omsorgen for barnebarnet, men moren hans kommer snart ut av fengsel, nylig nykter, og vil kreve omsorgsretten tilbake.

Arbeidslivet er heller ikke en dans på roser. Datteren til en barndomsvenninne ble kidnappet året før, og Mare stod selv i front for den



”

For å forstå Mares lidelse må vi tegne opp skillelinjer mellom normal sorg, patologisk sorg og sorgutløst depresjon

fruktløse etterforskningen. Byen klandrer henne, og har lite tiltro til Mare da nok en ung kvinne blir revet bort.

Mare er drittlei. Hun er påfallende distansert, nesten kjølig i samspill med andre, også med sin mor og datter. Hun virker ensom, er i selvvalgt eksil blant venner, og holder familien på en armlengdes avstand. Hun er frakoblet, men ikke fjern. På overflaten kan det se ut som depresjon, men det ville vært en overforenklet diagnostikk. For Mare er også engasjert i historiene som spiller seg ut rundt henne, og har tro på egne evner. Det er klart hun skal stå i front for nok en stor sak. Hun er utholdende, glimtvis medfølende og selvsikker i sin fremtoning.

Mare er i sorg, en komplisert sorg, på andre året.

SORGENS FENOMENOLOGI

Men hva er sorg? Hva er komplisert sorg? Hvordan skiller det seg fra depresjon?

Sorg er et syndrom, med både akutte og langvarige uttrykk. Akutte sorgreaksjoner ble først dokumentert metodisk av den tyske psykiateren Erich Lindemann i Boston på førtitallet. Han jobbet blant annet med dem som mistet sine nære i en av tidenes verste bygningsbranner, på den

»

mafia-eide nattklubben Cocoon Grove i 1942. Nødutgangene var låst, og 492 mennesker mistet livet. Lindemann beskrev mennesker i sorg som «bemerkelsesverdige uniforme».

Først kommer sjokket og vantroen, deretter, når tapet synker inn, en lengre periode med intense sorgbølger (pangs of grief): åndenød, magesmerter, tap av kroppskontroll og intens smerte og angst. Utover sorgbølgene dokumenterte han at så godt som alle sørgende mistet appetitten (mat smaker som sand), endret åndedrettet (økt tendens til å sukke), fikk minsket muskelkraft og opplevde uvirkelighetsfølelse.

I etterkrigstiden forsøkte flere psykiatere å sette sorgprosessen i system. Dette arbeidet kan sies å ha kulminert i Elisabeth Kübler-Ross' klassiske *On Death and Dying* (1969), der hun la frem de fem sorgstadiene som følger hverandre i en fast rekkefølge: fornektelse, sinne, forhandling, depresjon og aksept. Kübler-Ross-modellen har gått inn i den kollektive bevisstheten og er å anse som allmennkunnskap (Prigerson et al., 2021). Det lineære perspektivet har likevel blitt kritisert, da vi vet at sørgende kan veksle mellom ulike faser, og at intensiteten varierer over tid. Hver enkelt kan ikke forvente å følge modellen på forutsigbart vis, men forskningen viser at sørgende som regel går gjennom disse psykologiske tilstandene i en sorgprosess. Det er da også intuitivt at et dødsfall først blir møtt med sjokk og sinne, som deretter går over i en tristhet som man etter hvert kommer over, før livet til slutt går videre.

Å miste en av sine nærmeste er ikke en krise, det er en tragedie i mange akter. Vi må derfor se forbi den akutte sorgfasen. For mange er det tiden etter begravelsen som er den mest kompliserte. Alle fagpersoner som har ment noe om sorg, er enige: Den må avsluttes med en prosess der den sørgende lar den tapte bli en del av fortiden, for så å koble seg på nåtiden og fremtiden igjen.

Journalist og forfatter Joan Didion tok med seg den samme reportasjepennen hun brukte for å dekke krig, hippiekultur og rikspolitikk, til sorgens golde landskap. I 2003 mistet hun brått sin ektemann gjennom 39 år, samtidig som dateren var livstruende syk med lungebetennelse og sepsis. I *The year of magical thinking* (2005) dokumenterer hun nettopp tiden etter begravelsen, da hun ikke lenger var travelt opptatt med det praktiske, ikke lenger kontinuerlig omfavnet av nære og kjære:

«We have no way of knowing that the funeral itself will be anodyne (smertestillende), a kind of narcotic regression in which we are wrapped in the care of others and the gravity and meaning of the occasion. Nor can we know ahead of the fact (and here lies the heart of the difference between grief as we imagine it and grief as it is) the unending absence that follows, the void, the very opposite of meaning, the relentless succession of moments during which we will confront the experience of meaninglessness itself.» (s. 184–185)

Det uendelige fraværet, tomrommet, den rake motsetningen til mening. Dødsfrykten dal. Et sted sørgende må finne sin egen vei ut av. Og det gjør de jo, stort sett. Sorg innebærer å gradvis innse – etter gjentatte konfrontasjoner med realiteten – at den man elsket, er borte for alltid. Den avdøde blir underveis i denne prosessen omgjort til noe som hører fortiden til, en del av den sørgendes livshistorie. Dette er en smertefull, men helt nødvendig prosess. Det er naturlig å vegre seg for dette. Men hvorfor kom eksmannen seg gjennom prosessen, mens Mare fortsatt sitter fast? Begge mistet et barn, og vi vet at faren var vel så involvert i sønnens liv. Her trenger vi teori.

SORG OG MELANKOLI

Freud forsøkte å forstå sorgens bestanddeler og dens ulike uttrykk i menneskesinnet på en systematisk måte. Særlig forsøkte han å tegne grenseoppganger mellom normal sorg og patologisk sorg. Essayet «Sorg og melankoli» ble påbegynt i 1915 og ferdigstilt to år senere. Det ble skrevet i et radbrekt Europa, midtveis i verdenskrigen, og var et inspirert arbeide for Freud. Han var selv dypt deprimert i lengre perioder, og selvmedisinerte seg med kokain. Mellom 1920 og 1923 mistet han datteren Sophie og barnebarnet Heinerle til sykdom. I samme periode ble han selv diagnostisert med uheldelig kreft. Den skulle tære på ham frem til 1939, da han gikk bort ved assistert selvmord av en morfinoverdose, med hjelp fra sin nære venn og lege Max Schur.

Freud var ingen tilhenger av å patologisere den normale sorgen. Ei heller romantisere den. Hos ham finner vi ingen post-sorg-vekst eller vitaliserende renselse. Sorg var for Freud en nødvendig prosess etter et tap av et ytre objekt (det være seg en ektefelle, en venn, personlig frihet eller fedrelandet). I Freuds forståelse av sorg introduseres vi både for hans teorier om psykologisk utvikling, libido og konflikt. Han ser sorg som en prosess, som normalt sett går av seg selv. Den bør ikke tukles med. Vi tåler å sørge.

Psykiater Tormod Knutsen skrev i 2020 en glimrende artikkel, «Sorgens og melankolien dynamikk», som tilgjengeliggjør disse konseptene og setter dem inn i en historisk kontekst. Denne tekstens forståelse lener seg tungt på artikkelen.

I freudianske termer innebærer sorg at libido gradvis trekkes tilbake fra det tapte objektet. I en normal sorgprosess vil så libido feste seg til et nytt objekt (cathexis). Om denne prosessen forstyrres, blir libido i stedet fiksert. Det klarer ikke å løsrive seg fra det tapte objektet på en sunn måte, og dermed heller ikke feste seg til et nytt objekt. Freud forsto det da som at libido trakk seg tilbake inn i Ego (selvet). En identifiseringsprosess mellom selvet og det tapte objektet finner så sted. Selvet kan derfor

bedømmes som om det var et objekt: «Skyggen av det tapte objektet faller over selvet.» Dette førte til tilstanden han refererte til som melankoli, som vi i dag ville betegnet som depresjon, i dette tilfellet utløst av et tap.

Ifølge Freud er det de konfliktfylte (elsk/hat) følelsene overfor den tapte eller psykologiske utviklingsarrester som gjør at sorgprosesser går på tverke. En sentral lærdom fra han er altså at det ikke de reneste kjærlighetsrelasjonene som nødvendigvis vekker den seigeste sorgen, det er kompliserte og uoversiktlige.

Videre introduserer Freud en distinksjon, Sørgeren og Melankolikeren. Hos Sørgeren er det verden som er tom, for den du elsker, er ikke lenger der. *The unending absence that follows*. Hos Melankolikeren er det selvet som er tomt. *Den deprimerte* setter seg selv i sentrum for lidelsen, med negative tanker om seg selv. Han fortjener ikke godhet og fornektet seg det sunne. Flammen som driver ham fremover, har sluknet. *Den sørgende* ser imidlertid verden rundt seg som tom, fattig og meningsløs. *The void, the very opposite of meaning*. Selvfølelsen får gå fri. Savn, sinne og bitterhet er de styrende kreftene. For å forstå (med et freudiansk blikk) om det er sorg eller melankoli som er det gjeldende, bør man begynne med følgende spørsmål: Er verden rundt meg ødelagt, eller er jeg det?

Freud skiller sorg fra melankoli (depresjon), men han tegner ikke opp skillelinjer mellom depresjon (utløst av et tap) og patologisk sorg, som varer og varer. Senere har psykoanalysen blitt mer relasjonelt orientert og kritisert Freuds driftsorienterte sorgforståelse. Dette har også preget vår forståelse av den kompliserte sorgen.

TILKNYTNING

På 1940-tallet rystes Europa igjen av krig, og John Bowlby starter et paradigmeskifte og utfordre driftsteorien: Følelsesmessig tilknytning til omsorgsgiver har fundamental betydning for barnets psykologiske utvikling. Tilknytningsteoretikerne rekonseptualiserte sorgen. For Bowlby var det selvhatet, raseriet og protesten som var det patologiske. Han jobbet tett med barn som hadde blitt foreldreløse under krigen, og i en klassisk artikkel fra 1963 beskriver han fire nyanser av patologisk sorg:

(i) vedvarende lengsel etter å få den tapte tilbake, (ii) vedvarende sinne mot andre og seg selv, (iii) overdreven omsorg for en annen som har mistet den samme, og (iv) fornektelse av selve tapet.

ET NYTT SORGENS KAPITTEL

Sorgteoriene til Freud og Bowlby er å anse som klassikere, men patologisk sorg har ikke vært anerkjent som lidelse. Nå debuterer den imidlertid i diagnosesystemene. Forlenget sorglidelse tas i bruk i både DSM-5 (APA, 2021) og ICD-11 (WHO, 2019). Og når vi leser nyere forskningslitteratur og redegjørelser fra diagnosekomiteene, er linjene til Freud, Lindemann og Bowlby tydelige. Det legges til grunn at sorg i seg selv ikke skal behandles, men at en betydelig minoritet av sørgende setter seg fast i kronisk sorg. Psykometriske undersøkelser viser at disse kan identifiseres ved å kartlegge sorgsymptomer ved seks måneder (Prigerson et al., 2009). Det er nå veldokumentert at disse kan sørge i årevis, få betydelige funksjonsnedsettelse og ha forhøyet suicidrisiko. De preges av et unikt lidelsesbilde som kan skilles fra klinisk depresjon og traumelidelser (Barnes et al., 2012; Jordan & Litz, 2014).

Det gir også mening å skille forlenget sorg fra andre lidelser hos de som preges av begge deler. De har også ulike risikofaktorer: separasjonsangst predikerer forlenget sorg, men ikke depresjon eller PTSD (Vanderwerker et al., 2006). Selv når man kontrollerer for komorbid depresjon og PTSD, er forlenget sorgforstyrrelse korrelert med nedsatt livskvalitet, sosial fungering, søvnforstyrrelser, rusmisbruk, økt risiko for hjertesykdom og kreft, i tillegg til økt suicidalitet (Jordan & Litz, 2014).

Dette er viktige nyanser, da komorbidity er regelen heller enn unntaket i dette feltet. Vi må likevel forstå sorgforstyrrelse som et unikt fenomen, for selv når den er komorbid med depresjon (cirka 50 prosent av tilfellene) og PTSD (også cirka 50 prosent), utvikler den seg nesten alltid vesentlig etter disse lidelsene (Simon et al., 2007). Sorgforstyrrelse bør følgelig forstås og behandles som en selvstendig lidelse. I tillegg har en fjerdedel av de med forlenget sorgforstyrrelse ingen andre diagnoser (Simon et al., 2007). Det er også nærliggende å tenke seg at andelen med ikke-komorbid sorg-

»



Nei, Mare Sheehan bør ikke forstås som deprimert, men som sørgende mor

Diagnostiske kriterier for *prolonged grief disorder* i ICD

- A. Death of a close other
- B. Yearning for the deceased daily or to a disabling degree
- C. Accompanied by intense emotional pain to a disabling degree, e.g.:
 1. Confusion about one's role in life or diminished sense of self
 2. Difficulty accepting the loss
 3. Avoidance of reminders of the reality of the loss
 4. Inability to trust others since the loss
 5. Bitterness or anger related to the loss
 6. Difficulty moving on with life (e.g., making new friends, pursuing interests)
 7. Emotional numbness since the loss
 8. Feeling that life is unfulfilling, empty, or meaningless since the loss
 9. Feeling stunned, dazed, or shocked by the loss
- D. At least 6 months have passed since the death
- E. The disturbance causes clinically significant impairment in social, occupational, or other important areas of functioning
- F. The disturbance is not better accounted for by major depressive disorder, generalized anxiety disorder, or posttraumatic stress disorder.

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

forstyrrelse i realiteten er større, da det ville blitt satt færre andre diagnoser hvis en hadde tatt forlenget sorg med i betraktning tidligere.

MARES SORG

Så hvordan forstå Mare Sheehan i lys av dette diagnostiske flettverket?

Mare viser ikke vedvarende symptomer på klinisk depresjon. Hadde Mare først og fremst vært deprimert, ville vi sett en mer utflytende følelse av skyld, skam og verdiløshet, men for henne er dette følelser som er mer spesifikke. Hun kjenner intens skyld for at hun kom til kort i morsgjerningen, men kan være en bauta av selvtrygghet på jobb, på grensen til det arrogante. Hun legger seg ikke flat for venninnen (og resten av byen) som klandrer henne for at jenta som forsvant. Hun står på sitt, og mener det. Hun er også knivskarp i sitt virke, og imponerer den yngre wonderboyen som, til hennes store irritasjon, skal bistå i saken. Dette er ikke en Freuds melankoliker, ei heller en klinisk deprimert kvinne i moderne diagnosesystemer. Nei, Mare Sheehan bør ikke forstås som deprimert, men som sørgende mor.

DEN KOMPLISERTE SORGENS FORMALIA

Den kompliserte sorgens kjernesymptom (B-kriteriet) er vedvarende lengsel, så intens at den går ut over ens daglige funksjon. Det vil være spekulativt å tre en emosjonell tilstand ned over hodet på Mare, men vi får noen hint allerede i første episode, «Miss Lady Hawk Herself». Det henspiller trolig på kult-klassikeren Ladyhawke fra 1985, der en forbannelse holder to elskere nære, men alltid fra hverandre, og den svulstige: «And it will be so, as long as there is night and day.» I tillegg avsluttes episoden med en hallusinatorisk opplevelse der hun ser sin avdøde sønn, og et øyeblikk kan det synes som hun tviler på hva som er virkelig.

Hun unnviker sorgen (C3) og snakker ikke om sønnen eller dødsfallet. Det etableres et tydelig mønster i krangel med eksmannen Frank. Han har startet et nytt liv etter sorgen, fått en ny familie og er tydelig i stand til å oppleve glede. Mare står fast og kommer ikke videre (C6). Noe i ham må være annerledes?

Livsførselen til de to på hver sin side av gårdsplassen står i tydelig kontrast og viser i hvilken grad de har klart å gå videre. Mare er gjennomgripende bitter og plaget av et raseri som ulmer rett under overflaten (C5). Dette preger henne både i jobben og i privatlivet: Hun er oppfarende og irriterende hjemme og regelrett nådeløs i jobben som etterforsker, også overfor ungdommene som er involvert. Et annet av ICD-11s subjektive symptomer er forvirring rundt ens rolleforståelse i livet eller svekket selvpoppfattelse/selvbilde (sense of self) (C1). Det er nærliggende å forstå Mares destruktive handlinger for å få omsorgsretten for barnebarnet i lys av dette. Mare ser livet og verden rundt seg som meningsløs (C8): «I am so tired starring at this stuff, hoping for meaning.» Hun finner lite nytte i nærhet, tillit og åpenhet overfor andre (C4), og hennes nærmeste er dypt bekymret: «Your family is worried about you, you're not talking anymore, your never talk about him anymore ... you're pushing everyone away.»

Frank er blant majoriteten. Hans sorg var en prosess som på et punkt nådde en topp, før den avtok nok til at han kunne vende tilbake til livet, og attpåtil etablere nye relasjoner. Mare tilhører minoriteten hvis sorg blir fastlåst.

HVORFOR HENNE?

Vi vet lite definitivt om risikofaktorer for forlenget sorgforstyrrelse. Leser en sorglitteratur, er det likevel at det er noen hovedfaktorer som går igjen: den sørgendes personlighet, relasjonen til den avdøde (nærhet og ev. konfliktfylte følelser) og hvordan den tapte mistet livet. En studie fra 2001 viser det at å miste egen forelder i barndommen øker risikoen (Silverman, Johnson & Prigerson, 2001).

Det er meningsfullt å forstå Mares fastlåste sorg i lys av Freuds sorgforståelse. Her er det traumet Mare selv opplevde som barn, sentralt; faren tok selvmord da hun var tretten, hennes beste venn og forbilde, den staute politimannen. I en terapitime blir hun spurt hvordan det føltes: *som om jeg ikke var nok for ham*. Dette er en tapsopplevelse av et omfang som stiller enorme krav til den gjenlevende forelders omsorgskompetanse. Hva vet vi om Mares mor?

Mares mor har en fremtoning som på mange måter minner om Mares; hun er kjølig og tøff. Vi får også vite at hun var mye sint da Mare var ung, at dette preget henne i morsgjerningen. Da faren hadde sine depressive episoder, sendte hun ham til sin bror sin til det gikk over. Moren hadde ikke tålmodighet med slikt. Det er lett å se for seg at farens bortfall ikke ble snakket særlig om, at reaksjoner for raskt ble fortrenget, kanskje fornektet. Livet måtte gå videre. Mare hadde investert en stor del av identiteten sin i faren, «min beste venn», og ble således staut politi selv.

Tapet av faren i en sårbar alder ble ikke en dyrekjøpt, men viktig erfaring som gjorde Mare rustet til å håndtere tapet av sønnen. Det ble tvert imot et ubearbeidet traume som gjorde det enda verre. Det neste tapet ble en retraumatisering. Der hun forsøkte å holde den tapte faren nær ved alltid å vite hun skulle bli politi, holder hun nå på sønnen ved å klamre seg til barnebarnet på desperat og destruktivt vis. Hun ender med å miste sin rolle som politi ved selv å bli lovbrøyer, og i prosessen sender hun barnebarnet enda lenger vekk.

Med et freudiansk blikk er det også nærliggende å vektlegge Mares konfliktfylte følelser overfor sønnen da han døde. I et særlig vondt tilba-

keblikk ser vi en ruset sønn og hans kjæreste bryte seg inn i barndomshjemmet på jakt etter penger. Mare dyttes voldsomt unna, og sønnen roper at han hater henne. Tapet av sønnen hadde begynt lenge før den siste tragedien inntraff. Senere får vi også høre Mare fortelle at hun gav ham opp på et tidspunkt. Det var faren som fulgte han tettest.

Disse opplevelsene med sønnens utagerende rusbruk gir ikke bare grobunn for ambivalente følelser, som Freud vektla så høyt i sin forståelse av patologisk sorg, men også selvbredelsen og protesten Bowlby løftet frem på sekstitallet. Freudianeren, tilknytningspsykologen og statistikeren er enige: Alt lå til rette for at Mare skulle få et komplisert forløp, grunnet hennes uforløste tapsefaringer, væremåte, samt de spesifikke omstendighetene. Personlighet, situasjon og relasjon.

SPØKELSET PÅ LOFTET

Hun blir til slutt tvunget i terapi. Godt er det. Spesifikk behandling for forlenget sorgforstyrrelse fungerer (Wittouck et al., 2011). Feltet er ennå så ungt at en ikke kan anse en bestemt type behandling som gullstandard. Det virker likevel som alle har et todelt fokus til felles: (i) bearbeidelse av tapserfaringen og (ii) restaurering, altså å koble seg på livet igjen. RCT-studier med individuell terapi og gruppe viser god effekt, og effekten opprettholdes ved oppfølging to år senere (Bryant et al., 2017).

Nick Cave mistet i 2015 sin 15 år gamle sønn i en tragisk ulykke. Han har tatt kontakt med publikumet sitt gjennom denne prosessen, både i samtale fra scenen, men også i åpen brevform. Hans refleksjoner illustrerer hvordan en intens sorgprosess kan se ut når den bearbeides uten unnvikelse, og hvordan er person kan «restaureres». Tre år etter tapet svarer han Cynthia, som spør om han føler han fortsatt har kontakt med sønnen sin på et vis. Først setter han, på særegent vis, ord på den altomfattende sorgen en forelder kan oppleve:

«Grief is the terrible reminder of the depths of our love and, like love, grief is non-negotiable» (Cave, 2018).

Også han, som Didion, erkjenner at rasjonaliteten forsvinner i slike dragsug: «Within that »



Her er serien helt i tråd med nyere forskning om behandling for sorgforstyrrelse, der brutal eksponering er det sentrale

whirling gyre all manner of madnesses exist; ghosts and spirits and dream visitations, and everything else that we, in our anguish, will into existence.»

Men Caves prosessen virker likevel å ha en retning. Han har innsett realitetene, han holder ikke sønnen kunstig i live i sitt indre. Sønnen er gjort til fortid, men en tilstedeværende fortid som gjør ham rustet til å gå videre. Dette er en prosess preget av alt annet enn unnvikelse:

They are the spirit guides that lead us out of the darkness ... these spirits speak of possibility. Follow your ideas, because on the other side of the idea is change and growth and redemption. Create your spirits. Call to them. Will them alive. Speak to them. It is their impossible and ghostly hands that draw us back to the world from which we were jettisoned; better now and unimaginably changed. (Cave, 2018)

Men hvordan hjelpe Mare? I den konvensjonelle krimen – der Guy Pierce er morderen, der ondskap og godhet lett kan skilles, der alt til slutt gir mening – ville vi fått se katarsis i terapirommet: Mares terapeutiske gjennombrudd etter et magisk spørsmål fra den vise terapeuten, en ny dag som gryr i Winslets rynkeløse og retusjerte ansikt. Men i virkeligheten er det ikke i terapirommet endring skjer; det skjer ute i livet, og det tar tid.

Det Mare får i terapi, er en sjanse til å vende tilbake til sorgprosessen, å bryte med unnvikelsen. Hun blir oppfordret til å snakke om tiden rundt dødsfallet, i detalj. Her er serien helt i tråd med nyere forskning om behandling for sorgforstyrrelse, der brutal eksponering er det sentrale. Først etter dette fokuseres det på hvordan en skal kunne vende tilbake til livet.

Men hva fører denne behandlingen til? Ingen eurekaopplevelser. Ingen Winslet som gir seg hen til Guy Pierce eller blir den perfekte mor. Nei, vi får noe bedre. I siste episode får vi se at noe har endret seg mellom Mare og moren. En ny type kontakt, som aldri ville funnet sted uten Mares terapi.

Vi er med lappeteppet av en familie ut på middag. En familierestaurant med tykkbunnet pizza og mugger med øl. Mare ser barnebarnet komme løpende for å spørre oldemor om hjelp med et løsnet plaster. Oldemor kisser plasteret på varmt og moderlig vis, med gode ord og kyss på pannen.

Mare: Unbelievable. If that had been my Band-Aid as a kid, you would have told me to shut up and fix it myself.

Moren: Is that something you talk about in therapy?

Dette er øyeblikket der distansen slår sprekker. Den gamle Mare ville skutt tilbake en sleivkjefta spydighet, og den gamle runddansens deres med armlengdes avstand ville fortsatt. Men nei:

Mare: Is it all right if I do? (stor slurk vann, holder blikket, usikkert)

Moren: Of course. The truth is I was angry a lot. I was angry that your father wasn't the person I thought I'd married, I was angry that I couldn't fix him, and I took a lot of that out on you. I'm sorry Mare.

Mare er synlig berørt. Hun tilbyr moren sin tilgivelse, og moren svarer at hun tilga seg selv for lenge siden. Hun knekker sammen i gråt og forteller hva hun så inderlig ønsker for datteren: at hun skal tilgi seg selv for sønnen.

Det blir for mye, Mare reiser seg og går. For dette er ikke noen endelig forløsning, det er begynnelsen. Noe er omkøret i henne. Jeg får tro på at dette kan være begynnelsen på en sorgprosess som kan være sunn.

Håpet vokser med det avsluttende bildet av Mare som for første gang begir seg opp på loftet, der det skjedde. Det svarte, ensomme rommet hun aldri har våget å tre inn i, men samtidig aldri helt har forlatt. ✕

REFERANSER

- American Psychiatric Association. (APA) (2021). Prolonged Grief Disorder. I *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. utg., rev.). VA: American Psychiatric Association Publishing.
- Barnes, J. B., Dickstein, B. D., Maguen, S., Neria, Y. & Litz, B. T. (2012). The distinctiveness of prolonged grief and posttraumatic stress disorder in adults bereaved by the attacks of September 11th. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 366–369. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.022>
- Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., Hopwood, S. & Nickerson, A. (2017). Treating prolonged grief disorder: A 2-year follow-up of a randomized controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(9), 21308. <https://doi.org/10.4088/JCP.16m10729>
- Bowlby, J. (1963). Pathological mourning and childhood mourning. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 11, 500–541.
- Cave, N. (2018, oktober). *Dear Cynthia*. The Red Hand Files. <https://www.theredhandfiles.com/communication-dream-feeling/>
- Didion, J. (2005). *The year of magical thinking*. Vintage.
- Freud, S. (1924). Mourning and melancholia. *The Psychoanalytic Review* (1913–1957), 11, 77.
- Knutsen, T. (2020). Sorgens og melankoliens dynamikk. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Kübler-Ross, E. (1973). *On death and dying*. Routledge.
- Jordan, A. H. & Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(3), 180. <https://doi.org/10.1037/a0036836>
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G. A., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine*, 6(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Prigerson, H. G., Kakarala, S., Gang, J. & Maciejewski, P. K. (2021). History and status of prolonged grief disorder as a psychiatric diagnosis. *Annual review of clinical psychology*, 17, 109–126. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093600>
- Silverman, G. K., Johnson, J. G., & Prigerson, H. G. (2001). Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people. *Israel Journal of Psychiatry*, 38(3/4), 202.
- Simon, N. M., Shear, K. M., Thompson, E. H., Zalta, A. K., Perlman, C., Reynolds, C. F., Frank, E., Melhem, N. M. & Silowash, R. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive psychiatry*, 48(5), 395–399. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.002>
- Vanderwerker, L. C., Jacobs, S. C., Parkes, C. M. & Prigerson, H. G. (2006). An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(2), 121–123. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000198146.28182.d5>
- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G. & van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(1), 69–78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.005>
- World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

MINNEORD**LEO MICHAEL REIFF**

(1954-2022)



DET ER MED SORG jeg hører at Leo Reiff, tidligere sjefpsykolog ved Ullevål sykehus, er død. Jeg ble kjent med Leo gjennom venner, og han ivret for vår felles interesse psykologfeltet. Han hadde vokst opp i USA og besøkte ofte hjemlandet. Siden jeg hadde studert psykologi der og kjente en del amerikanere, hadde vi alltid noe å diskutere. Som ung psykolog anbefalte han meg å ta praksisplass på Ullevål sykehus og skaffet meg innpass, mens han selv dro til USA på ferie. På den måten fikk han overført litt av sitt eget engasjement på feltet, og han hadde mange tips til psykologfaglig arbeid videre. Leo var engasjert faglig og kvikk i kommentarene. Han likte å diskutere og kunne mange ganger presse litt på for å få fram motargumenter. Han kunne være direkte, bli alvorlig og temperamentsfull, men han hadde alltid et smil på lur i slike diskusjoner. Han hadde et stort engasjement for klientene som slet med rusproblematikk, og strakte seg langt for å hjelpe dem videre. I de siste årene arbeidet han privat og mye med sakkyndighetsvurderinger i barnefordelingssaker og mente at sakkyndighetsarbeid var en viktig samfunnsoppgave. Leo hadde også et stort hjerte for sårbare barn og følte et enormt ansvar for dem. Han var svært opptatt av å få foreldre i konflikt til å samarbeide til barnas beste og lyktes ofte. Leo var stolt over å jobbe som psykologspesialist og mente at det var et yrke som gav mange muligheter. Han etterlater seg tre flotte unge jenter i Lea, Miriam og Rebekka, som han var kolossalt stolt over, og Liping, som han raskt ble glad i og giftet seg med i fjor høst. Fred over minnet.

Klara Øverland

Vesentlig vedtakskompetanse

Psykologer er meget velegnet til å forvalte tvang i psykisk helsevern, og særlig døgntjenestene har stort behov for mer av psykologifaget fremover.

La meg aller først få takke Tidsskrift for Norsk psykologforening for et fantastisk temanummer om tvang. Det er inspirerende å se et så viktig tema bli belyst på en så god måte.

Temanummeret treffer også samfunnsdebatten, der tvang overfor mennesker med psykisk sykdom er et brennaktuelt tema. De tragiske hendelsene på Kongsberg og Bislett har aktualisert tilbudet og rammene rundt mennesker som kan utgjøre en fare for andre. Regjeringen har satt ned et utvalg som skal vurdere samtykkebestemmelsen i lov om psykisk helsevern. Tvang overfor suicidale ungdommer debatteres heftig.

Psykologforeningen har selvfølgelig en rolle i disse debattene, og vi ønsker å bistå myndighetene med forståelse av og gode løsninger på disse problemstillingene. Det er åpenbart at foreningen i den sammenheng mener et overordnet mål må være redusert bruk av tvang. Samtidig så er temaet komplekst, og dette gjør seg også gjeldende i våre hørings svar på området. De som har lest vårt hørings svar til Tvangsbegrensingsloven fra 2019, vil ha merket seg at vi gir til kjenne et tvisyn på enkelte av temaene.

I så måte representerer vi medlemsmassen, hvor meningene om temaet også er delte. Opplevelsen av å forvalte tvang er også opphav til delte meninger, noe vår egen undersøkelse fra 2021 viser. Psykologer kan synes det er etisk problematisk å forvalte tvang og utfordrende å veie de ulike tunge hensyn opp mot hverandre.

Dette mener jeg gjør psykologer mer velegnet til å forvalte tvang. De som skal gis myndighet og makt over andre mennesker, bør ha rom for tvil og etisk refleksjon – og likevel ha styrke til å handle i tråd med den konklusjonen man har tvilt seg frem til. Dette er særdeles krevende og innebærer også at man må leve med å gjøre feil som innebærer store konsekvenser, samtidig som man orker konstruktiv selvransakelse til å ta lærdom av dem.

Jeg mener vi som profesjon må ta dette krevende ansvaret. Pasientene har behov for å møtes av en vedtaksansvarlig som tviler, profesjonen har godt av å ta ansvar for de mest krevende delene av tjenestene, og faget gagnes av å vise de løsningene som ligger tilgjengelig.

Anne-Kari Torgalsbøen har en god tekst i temanummeret, hvor hun spør om psykologer har en aversjon mot makt. Om profesjonen tåler å gå fra opposisjon til posisjon og derav ta mer av ansvaret for helheten. Jeg leser dette som en oppfordring til psykologer om å søke posisjon, noe jeg støtter helhert. Hvorvidt Torgalsbøens analyse av psykologer er riktig, tenker jeg medlemmene må være med på å avgjøre i sine valg om å søke eller ikke søke innflytelse.

Likevel vil jeg også påpeke at psykologenes egen atferd ikke er eneste faktor som avgjør om de søker innflytelse, fordi alle valg tas i en kontekst. Det er derfor relevant å ta med i betraktningen hvilken sammenheng tvangen forvaltes i. Hvilket tilbud kan jeg gi pasienter på frivillig grunnlag? Hvilket tilbud kan jeg gi pasienter basert på tvungent vern? Hvordan vil mine vurderinger bli opplevd av arbeidsgiver, ledelse og kolleger?

Dette er forhold vi mener myndigheter og helsevesenet må ta sin del av ansvaret for. Døgnkapasiteten har blitt bygd ned uten å erstattes tilstrekkelig av andre tilbud. Samtykkebestemmelsen ble innført uten tilstrekkelig opplæring og implementeringsstøtte. Psykologifaget har i for liten grad fått prege tilbudet i døgntjenestene. Alt dette er faktorer jeg mener kan påvirke psykologers motivasjon til å ta ansvaret for å forvalte tvang.

Derfor ønsker vi å bedre alle disse faktorene og få myndighetene til å innse at en mer hensiktsmessig forvaltning av tvungent vern er til det beste for samfunnet, pasientene og de ansatte og vil kunne i større grad lede mot målet om reduksjon av tvang. I den sammenheng har Sentralstyret begynt utformingen av et policynotat om døgntjenestene, som forhåpentligvis vil hjelpe både medlemmer og myndigheter med dette arbeidet.

Jeg håper temanummeret og debatten om tvang kan inspirere flere psykologer til å engasjere seg i denne viktige tematikken. Psykologifaget er helt essensielt for disse pasientene og samfunnets forståelse av temaet. Vi må sammen ta ansvar for å bringe det til nytte.



FOTO: FARTEN RUDJORD

TEKST

Håkon Kongsrud
Skard, president

Sidene merket
Medlemsnytt
er produsert av
Psykologforeningen
og redaksjonelt
uavhengig av
Tidsskrift for Norsk
psykologforening.

Ansvarsforsikringen og onlineterapi

Onlineterapi har blitt mer og mer vanlig for norske psykologer. Med mindre den enkelte har reservert seg, dekkes medlemmer i Psykologforeningen av ansvarsforsikring i Storebrand. Forsikringen koster kun 245 kr i året. Forhandlingsavdelingen har fått en del henvendelser knyttet til klargjøring av regelverket omkring geografisk område for ansvarsforsikringen, samt ytterligere klargjøring rundt onlineterapi i Norge og Europa. Vi viderefremidler her informasjon gitt oss fra Storebrand.

HVEM GJELDER FORSIKRINGEN FOR?

Forsikringen gjelder for medlemmer og studenter i Norsk psykologforening når ikke annet er avtalt. Forsikringen dekker også direkte ansvar som ansatte pådrar seg hvis ansvaret etter

§ 2-1 i lov om skadeserstatning av 13. juni 1969 kunne vært gjort gjeldende overfor arbeidsgiver. Har sikrede et arbeidsgiveransvar, trer selskapet inn i sikredes rett til regress mot den ansatte hvis den ansatte forsettlig har voldt skaden.

HVOR GJELDER FORSIKRINGEN?

Forsikringen gjelder erstatningsansvar for skade som inntreffer i Norden, og som pådras etter gjeldende rett i de nordiske land, på norsk kontinentalsokkel, om bord på norske fartøy og fly samt på norsk territorium i utlandet så som ambassader og lignende.

I tillegg gjelder en utvidelse bl.a. i følgende tilfeller:

- Arbeid i kortere engasjementstillinger i Europa. Avtalen gjelder også kortere engasjementstillinger i Europa, begrenset til 3 måneders varighet. Ved engasjementer i Frankrike og Irland underrettes selskapet på forhånd.
- Akutt hjelp på reise over hele verden. Forsikringen dekker også situasjoner hvor psykologgjerningen utføres tilfeldig i forbindelse med akutt situasjon / øyeblikkelig hjelp. Denne utvidelsen gjelder i hele verden.

FOR ANSVARSFORSIKRINGEN VIL DETTE MEDFØRE:

1. Psykolog som befinner seg i Norge og utøver sin profesjon, herunder onlineterapi, fra Norge, vil kunne gjøre dette til pasienter innen Norden, enten det er via norsk firma eller et utenlandsk firma registrert i Norden (forretningsadresse og dermed verneing innen Norden).

2. Psykolog som befinner seg utenfor Norden og utøver sin profesjon, herunder onlineterapi, fra sted utenfor Norden, vil kunne gjøre dette innenfor rammen av ansvarsforsikringen om det er tale om «kortere engasjementstillinger i Europa, begrenset til 3 måneders varighet. Ved engasjementer i Frankrike og Irland underrettes selskapet på forhånd».

Er det tale om engasjementstillinger i Europa ut over 3 måneders varighet, må den enkelte skaffe seg en lokal ansvarsforsikring for profesjonsutøvelsen på det stedet / i det landet hvor dette skjer.

3. Psykolog som befinner seg utenfor Norden og utøver sin profesjon, herunder onlineterapi, via norsk eller utenlandsk firma til pasienter i Norge, vil være omfattet av ansvarsforsikringen. For denne situasjonen gjelder ingen 3 måneders varighet/begrensning, da et eventuelt erstatningssøksmål vil måtte anlegges i Norge etter norsk rett.
4. Psykolog som befinner seg utenfor Norden og utøver sin profesjon, herunder onlineterapi, via norsk eller utenlandsk firma til pasienter i Europa, vil falle inn under reglene i pkt. 2 ovenfor.

Avslutningsvis er det viktig at reglene i forsikringsvilkårene § 14 er kjent for våre medlemmer:

Sikrede skal gjøre seg kjent med de krav myndigheter stiller gjennom lover og forskrifter og som gjelder spesielt for den type virksomhet sikrede driver. Sikrede skal ha minst ett eksemplar av de til enhver tid gjeldende lover og forskrifter. Har sikrede unnlatt å overholde sikkerhetsforskriftene eller å påse at de ble overholdt, svarer selskapet bare i den utstrekning sikrede gjør det overveiende sannsynlig at skaden ville inntrådt selv om sikkerhetsforskriftene ble fulgt etter at avtalen påhvilde en annen enn sikrede, og denne har gjort seg skyldig i slik forsømmelse.

FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN



TEKST

Ellen Ekre Engh,
spesialrådgiver/
advokat

Lyden av oss

- Kurs i stemmebruk for psykologer

19.–21. oktober 2022 i Oslo

Informasjon og påmelding: <https://ruthwilhelmine.wixsite.com/lyden-av-oss/meld-deg-pa>
eller e-post perjohanisdahl@gmail.com

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. august**, frist for å bestille annonse til august-utgaven er **18. juli**

Kontakt oss på e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no
eller tlf. 23 10 31 33

På tide å oppdatere lekerommet?

To dagers kurs i **Sensory Motor Arousal Regulation Treatment (SMART)**

22.–23. september, Scandic Fornebu

- en behandlingsmetode for utviklingstraumatiserte som strever med å uttrykke seg gjennom ord.

Behandlingen foregår i et «sanse- og bevegelsesrom» der barna kan bevege seg, leke og uttrykke seg på ulike måter. Gjennom sansemotorisk regulering fasiliteres traumbearbeiding og tilknytningsbygging. På kurset lærer du hva som trengs for å etablere SMART rom, og får trening i terapeutiske verktøy og ferdigheter.

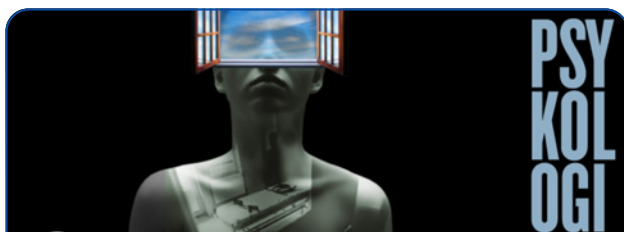
Pris: kr 6 500

Kursansvarlig: Mari K. Bræin, psykologspesialist og faglig leder ved Senter for Stress og Traume-psykologi

Påmelding: mari@traumepsykologi.no



Senter for Stress og Traumepsykologi



Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

facebook

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på www.psykologforeningen.no
Min medlemsside

eller send e-post til medlemsservice@psykologforeningen.no



Gjeld, psykisk helse og selvmord

– kunnskap og praksis i en psykologisk kontekst

Målgruppe:

Psykologer og psykologspesialister, relevant for alle utdanningene og psykologer i både 1., 2. og 3. linjetjenesten.

Målsetning:

Å øke psykologers bevissthet om den sterke sammenhengen mellom gjeld, psykisk helse, psykiske lidelser og selvmord. Å øke psykologers trygghet og handlingsrepertoar i møte pasienter som sliter med økonomiske problemer og uhåndterlig gjeld.

Kursinnhold:

- Gjeld, psykisk helse, psykiske lidelser, selvmord, effektive tiltak og kostnadseffektivitet. Hva vet vi?
- Utviklingen av husholdningenes økonomi og gjeldssituasjon i Norge før, under og etter pandemien sett fra et sosiologisk ståsted.
- Slik er det å leve med uhåndterlig gjeld: Gjeldsforebygging i praksis.
- Utfordringer og suksessfaktorer for tverretattlig samarbeid – arbeid og helse. Sentrale lover og føringer for samarbeid rundt klienters økonomiske situasjon.
- Familieøkonomi som uløselig knyttet til barns omsorgsbetingelser - hvordan arbeide med personlig økonomi i en psykoterapeutisk setting.

Om kursleiderne:

Christian Poppe er sosiolog og seniorforsker ved Statens institutt for forbruksforskning (SIFO), Oslo Met - Storbyuniversitetet.

Arne Holte er professor emeritus i helsepsykologi og tidligere assisterende direktør i Folkehelseinstituttet.

Ingvild Stjernen Tisløv er spesialist i klinisk samfunnspsykologi og er ansatt som universitetslektor ved Psykologisk institutt i Oslo.

Arman Vestad er utdannet sosionom og profesjonell gjeldsforebygger med personlig erfaring fra å leve med gjeldsproblemer. Han har også jobbet 15 år som gjeldsrådgiver i NAV.

Bjørn Karstensen er psykolog og avdelingsleder i NAV.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

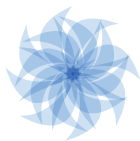
Sted og dato: Oslo, 19.–20. september 2022

Påmeldingsfrist: 15. august 2022

Medlemspris: kr 7 400

Kursnr. : 111-22

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/Kurs%20og%20utdanning)



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30



Kurs for spesialister i voksen og barn/ungdom som ønsker vedtakskompetanse

Lovkurs; tvangsvedtak i psykisk helsevern

Kurset retter seg mot psykologspesialister som jobber med barn/unge eller voksne, og som skal fatte tvangsvedtak. Kurset egner seg også som vedlikehold for spesialister som fatter vedtak.

Kurset tilfredsstiller kravene til lovkunnskap hos den faglig ansvarlige for vedtak innen psykisk helsevern.

Det vil være innlegg fra aktører med ulike perspektiv på psykisk helsefeltet.

Økt vektlegging på brukermedvirkning og medbestemmelsesrett medfører en styrket bevissthet.

Kurset gir en god innføring i de fire helselovene.

Aktuelle tema:

- Tvangens etikk
- Oversikt over grunnprinsippene i norsk helserett og helselovgivning
- Psykisk helsevernloven
- Psykologspesialistens rolle i forvaltning av Psykisk helsevernloven, ansvarlig for tvangsvedtak
- Erfaringer med behandling og tvang i psykisk helsevern
- Psykologspesialistens møte med Kontrollkomisjonen
- Endringer i Psykisk helsevernlov, erfaringer og praksis. Samtykkekompetanse
- Hvilken betydning har nevropsykologiske svekkelser for pasienters samtykke?

Kurset er godkjent som 16 timers vedlikeholdsaktivitet.

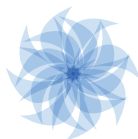
Sted og dato: Oslo, 17.–18. oktober 2022

Påmeldingsfrist: 12. september 2022

Medlemspris: kr 7 400

Kursnr.: 115-22

Påmelding og ytterligere informasjon <https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning>



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30

PSYKOL OGI

MATERIELLFRISTER OG PRISER 2022

SPESIALPLASSERING:

1/1 side 4 farger plassert på 3. omslagside kr 19 900.

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 26 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 990, samme format i farger kr 4 313.

SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 450.

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 800, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 500. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Kurs og konferanser» og www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen.

Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 1 950 per uke eller 5 950 for inntil en måneds visning kan stillingen vises på forsiden www.psykologtidsskriftet.no med link til bedriftens stillingsannonse.

Bannerannonser publiseres både på www.psykologforeningen.no og toppbanner på www.psykologtidsskriftet.no og koster kr 15 900 per måneds visning.

ANNONSEFORMATER FOR BANNERANNONSER

Nettsidene		Visning på mobil
220x170 px	980x150 px	320x120 px

Se informasjon om annonsering også på www.psykologtidsskriftet.no/annonsorer

Nyhetsbrev sendes ut samtidig med utgivelse av papir-utgaven den 1. virkedagen i hver måned. For tiden er det ca 8 900 mottakere av nyhetsbrevet. Vi kan tilby annonseplass i nyhetsbrevet i følgende formater:

NYHETSBREVFOMATER

Full bredde	1/2 bredde	1/3 bredde
564 piksler for kr 7 000	264 piksler for kr 4 000	164 piksler for kr 2 500

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
8	18.07	01.08
9	19.08	01.09
10	19.09	03.10
11	19.10	01.11
12	18.11	01.12

PRISER: STILLINGANNONSER/PROFILANNONSER

Format	4 farger	Sort
1/1 side	18 300	16 700
1/2 side	14 300	12 700
1/4 side	12 300	10 300

Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir også publisert, som en medlemservice, på www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser

Annonser som skal lages som trykk-klar PDF blir belastet med kr 850 per annonse. Alle priser er ekskl. mva.

ANNONSEFORMATER

1/1 side	1/2 side		1/4 side
Stående	Stående	Liggende	Stående
170x234	82,5x234	170x115	82,5x115

ABONNEMENT OG LØSSALG

Institusjons- abonnement	Privatabonnement i Norge
kr 2 650	kr 1 495

Portotillegg for utsendelse innen Norden og Europa kr 360, til verden for øvrig kr 520. Løssalg kr 185 + porto/eksp.gebyr

Helse Sør-Øst RHF søker:



Løpende avtalespesialister innen psykologi

Helse Sør-Øst RHF har avtale med ca 950 legespesialister og psykologspesialister gjennom avtalespesialistordningen. Avtalespesialistene skal bidra til å oppfylle sørge for-ansvaret til Helse Sør-Øst RHF.

Fullstendige stillingsannonser og elektroniske søknadsskjemaer finner du på hjemmesiden: helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger



Ved NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, skapes kunnskap for en bedre verden og løsninger som kan forandre hverdagen.



ER DU EN AV OSS? NTNU SØKER ENGASJERTE MEDARBEIDERE

Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi

Stipendiat innen utviklingspsykologi

Åremål.

Arbeidssted: Trondheim
Søknadsfrist: 01.08.2022



TRONDHEIM – GJØVIK – ÅLESUND

jobbnorge.no

Se ntnu.no/ledige-stillinger

PSYKOLOGTIDSSKRIFTET ANNONSER OG ABONNEMENT

ABONNEMENT:

Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1495 per år, bedriftsabonnement kr 2650, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 185 + porto/eksp.gebyr.

ANNONSER:

Kontakt Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33, e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller www.psykologtidsskriftet.no, se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

Frist for bestilling av annonser: 18.07, 19.08, 19.09, 19.10, 18.11



PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

Ønsker du å lese stillingsannonsene fra Psykologtidsskriftet raskest mulig? Vi sender deg gjerne oversiktlisten som du kan sjekke på Internett. Alle stillingsannonsene som trykkes i Tidsskriftet finner du også på [www.psykologtidsskriftet.no/ Stillingsannonser](http://www.psykologtidsskriftet.no/Stillingsannonser)

Send e-post til tidsskrift@psykologtidsskriftet.no og meld din interesse.

NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

Håkon Kongsrud Skard
23 10 31 30
hakon@psykologforeningen.
no

Visepresidenter

Rune Frøyland
rfroey@online.no
450 30 522

Arnhild Lauveng
913 17 162
post@arnhildlauveng.com

Medlemmer

Siri Næs
902 68 699
siri.naes@gmail.com

Hanne Indregard Lind
948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit
909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

**Britt Randi Hjartnes
Schjødt**
922 99 371
bibihj@gmail.com

Ingvild Gregersen
957 27 801
ingvildg@gmail.com

Eldrid Robberstad
475 00 308
eldrid.robberstad@sola.
kommune.no

Jakob Støre-Valen
984 23 805
jakob@valen.cc

Studentrepresentanter

Julie Bjerkvik
938 93 002
juliebjerkvik@gmail.com

Tora Hotvedt Sundby
0045 4940 9331
torasundby@gmail.com

Varamedlem

Alf Martin Eriksen
909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

LOKALAVDELINGER

Akershus
Maria Nylund
maria_nylund@hotmail.com
997 98 973

Aust-Agder
**Anniken Lucia Willumsen
Laake**
annilaak@gmail.com
462 98 210

Buskerud
Henriette Alsaker
henriette.alsaker@gmail.com
997 22 725

Finnmark
Dagmar Patricia Steffan
dagmar.patricia.steffan@
finnmarkssykehuset.no
971 95 996

Hedmark
Lene Engen Kleppe
leneeng@hotmail.com
924 53 116

Hordaland
Runa Kongsvik
runa.kongsvik@gmail.com
938 63 918

Møre og Romsdal
Ragnhild Ese
ragnhild.es@gmail.com
920 11 528

Nord-Trøndelag
Julie Valen
psyk.valen@gmail.com
924 90 532

Nordland
Miriam Ryssdal
miriam.ryssdal@gmail.com
926 53 473

Oppland
Iver Sørli Røhr
iversr@gmail.com
916 35 382

Oslo
Birgit Aanderaa
biraan@ous-hf.no
917 12 983

Rogaland
**Marie Tonette Solhaug
Hansen**
marietsh@yahoo.no
977 34 812

Sogn og Fjordane
Solbjørg Torheim Hanitz
solbjorg_89@hotmail.com
902 95 676

Sør-Trøndelag
Elin Bjøru
elinbjoru@bufetat.no
957 35 974

Telemark
Birgitte Lindø
libi@siv.no
473 83 123

Troms
Anne Sofie Bentzen
annesofie.bentzen@
hotmail.com
404 61 116

Vest-Agder
Ann Birgithe S. Eikhom
abseikhom@gmail.com
971 29 052

Vestfold
Anne-Kristin Imenes
anne.kristin.imenes@
gmail.com
907 55 410

Østfold

FAGETISK RÅD
Maria Norheim, leder
Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

ANKEUTVALG FOR FAGETISKE KLAGESAKER

Rune Raudeberg, leder,
e-post rune.raudeberg@
gmail.com, tlf. 952 47 487

LØNNS- OG ARBEIDS- MARKEDSUTVALGET

Rune Frøyland, leder,
tlf. 450 30 522
Hanne Indregard Lind,
nesteleder/KTV Helse Sør-
øst tlf. 948 05 153
Martin Øien Jenssen, KTV
Helse Nord, tlf. 909 96 159
Bjarte Bønes Bruntveit,
Spekter- helse, tlf. 909 98 052
Birgit Aanderaa, Spekter-
helse, tlf. 917 12 983
Kristin Haugholt, KS,
tlf. 951 72 032
Bjørn Arne Øvrebo, Stat,
tlf. 982 49 732
Henrik Riekeles Vik,
Privatpraksis, tlf. 408 45 848
Ingrid Grov Mannsverk,
Oslo kommune,
tlf. 959 90 503
Christina Holmen, Virke,
tlf. 414 68 428
Helén Ingrid Adreassen,
YPU, tlf. 402 89 796
Noah L. Skullestad, SPU,
tlf. 452 78 102

FORHANDLINGS- UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

Rune Frøyland, leder,
e-post rfroey@online.no,
tlf. 67 92 20 40

SPESIALITETSRÅDET

Arnhild Lauveng,
e-post post@
arnhildlauveng.com
tlf. 913 17 162

NORSK PSYKOLOGFORENING

KVALITETSUTVALGET

Arnhild Lauveng,
e-post post@
arnhildlauveng.com
tlf. 913 17 162

FAGUTVALGENE

Felleselementene
Geir Skauli, leder, e-post
geir.skauli@skien.kommune.
no, tlf. 907 90 513

Barne- og ungdomspsykologi

Lars Ravn Øhlckers, leder,
e-post larsravnohlckers@
gmail.com, tlf. 908 81 250

Familiepsykologi

Trine Eikrem, leder, e-post
trine.eikrem@bufetat.no,
tlf. 466 16 566

Rus- og avhengighetspsykologi

Eva Karin Løvaas, leder,
e-post evakarinloevaas@
gmail.com, tlf. 916 64 076

Eldrepsykologi

Jørgen Wagle, leder,
e-post jorgen.wagle@
aldringoghelse.no,
tlf. 950 74 358

Psykoterapi

Ingunn Aanderaa
Opsahl, leder, e-post
ingunnaanderaa@hotmail.
com, tlf. 971 50 507

Voksenpsykologi

Ivar Elvik, leder,
e-post ivarelvik@gmail.com,
tlf. 454 74 400

Nevropsykologi

Rune Raudeberg, leder,
e-post rune.raudeberg@
gmail.com, tlf. 952 47 487

Habiliteringspsykologi

Tonje Elgsås, e-post
tonjeped@gmail.com,
tlf. 922 33 224

Arbeidspsykologi

Anette Høy Dye, leder,
e-post anette.hoy.dye@
moment.consulting,
tlf. 928 24 338

Samfunn- og allmennpsykologi

Kjersti Hildonen, leder,
e-post khi@lorenskog.
kommune.no, tlf. 907 85 288

Organisasjonspsykologi

Rudi Myrvang, leder, e-post
rudi.myrvang@gmail.com,
tlf. 906 03 355

Klinisk helsepsykologi

Borrik Schjødt, leder,
e-post borrik.schjodt@helse-
bergen.no, tlf. 990 27 309

GODKJENNINGS- UTVALGET

Ole André Solbakken,
leder, e-post o.a.solbakken@
psykologi.uio.no
tlf. 913 75 496

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

Kim Larsen, leder, e-post
kim.larsen@so-hf.no,
tlf. 69 32 62 24

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

Annika Melinder, leder,
e-post a.m.d.melinder@
psykologi.uio.no,
tlf. 930 80 618

STUDENTPOLITISK UTVALG

Julie Solheim Bjerkvik,
leder, e-post juliebjerkvik@
gmail.com, tlf. 938 93 002

KLIMAUTVALGET

Bjørn Z. Ekelund, leder,
e-post bze@human-factors.no,
tlf. 908 75 547

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

Roger Hagen, leder, e-post
roger.hagen@svt.ntnu.no,
tlf. 481 09 789

MENNESKERETTIG- HETSUTVALGET

Reidar Hjermann, leder,
e-post rh@hjermann.no,
tlf. 994 47 291

TESTPOLITISK UTVALG

Tanya Ryder, leder, e-post
tanya.ryder@hotmail.com,
tlf. 918 41 109

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Rikke Pauline Sandvik,
leder, e-post ypu@
psykologforeningen.no

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

Ane Johnsen, leder,
e-post ane@millimtr.no,
tlf. 414 02 259

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Karsten Karlsøen,
kommunikasjonssjef og
myndighetskontakt, e-post
karsten@psykologforeningen.
no, tlf. 976 11 591
Ida Kvittingen, nettredaktør,
e-post ida.kvittingen@
psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås,
administrasjonssjef,
e-post linda@
psykologforeningen.no
Toril Dyrhovd,
nestleder, e-post toril@
psykologforeningen.no

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingssjef
Joakim Solhaug, nestleder
Kontakt
forhandlingsavdelingen@
psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Kim Edgar Karlsen,
fagsjef, e-post kim@
psykologforeningen.no
Lars Jørgen Berglund,
nestleder og spesialrådgiver
e-post lars@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Bjørnhild Stokvik,
utdanningssjef,
e-post bjornhild@
psykologforeningen.no
Eva Danielsen,
nestleder, e-post eva@
psykologforeningen.no
Kontakt kurs@
psykologforeningen.no

NORSK PSYKOLOGFORENING

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
Besøksadresse: Kirkegata 2
Tlf. 23 10 31 30
E-post post@
psykologforeningen.no
Hjemmeside
www.psykologforeningen.no

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

