

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOL OGI

Vol.59 nr.08 2022

**Å ha felles barn
med nokon
med rusmiddel-
problem**

Høydal & Nordfjærn

**Å NÅ DEN
ENGSTELIGE
UNNVIKENDE**

*Fagessay
Bokanmeldelse*

**Behandling
av utviklings-
traumer**

Fagessay

**Dårlig
gjennomført
lovendring**

Meninger



PSY KOL OGI

Vol. 59 nr. 08 2022

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

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

Redaktør Daniel Gunstveit, daniel@psykologtidsskriftet.no, tlf. 951 50 690

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 22.07.2022

Omslagsillustrasjon Åshild Irgens

Form Bøk Oslo AS

Trykk O7 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



En grunnleggende feilantakelse

Mennesker med personlighetsforstyrrelser lever gjennomsnittlig 18 år kortere enn den øvrige befolkningen. Uten adekvat behandling legger de beslag på store ressurser i helsevesenet, de blir ofte uføre og får dårlig fysisk helse. I tillegg er det stor risiko for overføring av problemer til neste generasjon om de ikke får tidlig hjelp.

Ulltveit-Moe Eikenæs, Stänicke & Hofstad i
Et kneblet fagfelt, Dagsavisen, 24.06.22

Med dette bakteppet er det urovekkende at Helse- og omsorgsdepartementet velger å fase ut Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (NAPP), «fordi virketiden på ti år er omme». Opplysningsarbeidet og opplæringen miljøet tilknyttet NAPP har bedrevet det siste tiåret, står dermed i fare.

Saken viser med tydelighet at terapeuten ikke fungerer på en øde øy, men også inngår i en politisk kontekst. Vi trenger å kunne demonstrere behandlingsbehov hos pasienter som er vanskelige å nå og som følge av lidelsens egenart er hindret fra å bli en pressgruppe. Det er kanskje enkelt for politikere å overse denne pasientgruppen, men kostnadene kan bli høye. Et sentralt spørsmål å stille her er hvor mye man sparer på en nedleggelse i det lange løp. Et naturlig sted å starte utforskningen av slike tema ville være å lytte til fagmiljøet, som ser behov for å videreføre NAPP.

Omslaget for august-utgaven er inspirert av den engstelige unnvikende. Fagessayet «Tvil, frykt og lengsel i kampen for å være en person» av Kristine Dahl Sørensen på side 704 omhandler et forskningsprosjekt om levd erfaring ved engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse. Dette er en pasientgruppe som ikke gir terapeuten mye å jobbe med, som mangler språk for følelser og seg selv, og som tilsynelatende avslår terapeutens invitasjoner til relasjon.

En grunnleggende feilantakelse er å anta at alle pasienter kan svare på spørsmålene våre. Kristine Dahl Sørensen presenterer kunnskaper som kan bidra til å hjelpe terapeuter i å nå frem til ordløse pasienter. Det er et viktig arbeid.

En bedre forståelse av engstelig unnvikende personlighetsproblematikk vil kunne bidra til å forbedre behandlingstilbudet for en sårbar og kanskje oversett pasientgruppe. Det vil bidra til å styrke terapeutens evne til å nå frem, slik vi har illustrert på augustutgavens bakside. ✘



Katharine Cecilia Williams

Sjefredaktør
katharine@
psykologtidsskriftet.no



En grunnleggende feilantakelse er å anta at alle pasienter kan svare på spørsmålene våre

720



FOTO: FAVIUS / SHUTTERSTOCK / NTB

UKLART FARVANN

Denne teksten er en famlende håndsrekning rettet mot og til mine psykologkollegaer for å møte spørsmålet om psykologiens grunnlag for å skape håp i en økende klimakrise, skriver Lina Søreide Slåttå.

Fagessay

740



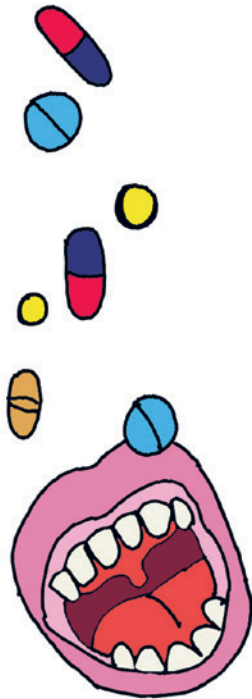
ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK

TOMME LOMMER

Gjeld, økonomiske problemer og psykisk uhelse henger sammen. Hvor lett er det egentlig å endre fastlåste samspillmønstre og øve på mentalisering når strømmen er tatt eller barna er kastet ut av SFO på grunn av manglende betaling?

Etikkpanelet

750



ILLUSTRASJON: NORA SKJERDINGSSTAD

NØDVENDIG PILLE

Pårørende Gudrun Wiik skriver at det å fjerne tvang og tvangsmedisinering kan ha en uheldig effekt på psykose-rammende. En del tar ikke i mot hjelp og medisiner frivillig, fordi de selv ikke forstår av de er syke.

Meninger

Innhold

- 701 **En grunnleggende feilantakelse**
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 704 **Tvil, frykt og lengsel i kampen for å være en person**
Fagessay | Kristine Dahl Sørensen
- 712 **Å ha felles barn med nokon med rusmiddel-
problem: ein kvalitativ pilotstudie**
Originalartikkel | Marita Orseth Høydal
& Trond Nordfjærn
- 720 **Den økologiske krisen i psykologien**
Fagessay | Lina Søreide Slåttå
- 726 **Sanse- og bevegelsesrom (SMART) i behandling
av utviklingstraumatiserte barn**
Fra praksis | Mari Kjølseth Bræin et al.
- 734 **Psykoterapiens kunnskapsgrunnlag**
Fagessay | Ole Magnus Vik
- 740 **Den psykologiske luksusfella**
Etikkpanelet | Ingvild Stjernen Tisløv
- 744 **MENINGER**
Kronikk: Kapasitetsproblemer skal ikke løses med
tvang | Kim Edgar Karlsen (s. 746)
Debatt: Psykologer og makt (s. 744), Tvang i psykisk
helsevern (s. 750)
Artikkelkommentar: En annen profesjonshistorie |
Jon Sletvold (s. 753)
Artikkelkommentar: Jakten på psykoterapiens grunn-
etos | Henrik Berg (s. 754)
- 756 **INNTRYKK**
Anmeldelser: Variabelt om forståelse og behandling
av ungdom (s. 756), En helt nødvendig bok (s. 758)
- 761 **Annonser**
- 766 **Stillingsannonser**

Tvil, frykt og lengsel i kampen for å være en person

Et kvalitativt forskningsprosjekt om levd erfaring ved engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse kan bidra til at klinikere kommer i kontakt med og forstår lidelsen bedre.

TEKST Kristine Dahl Sørensen

KONTAKT kristine.sorensen@sshf.no

ILLUSTRASJON
Åshild Irgens

Jeg var i terapirommet med pasienter som jeg trodde jeg forsto og hjalp. Det viste seg at jeg ikke egentlig gjorde noen av delene godt nok. Det jeg forsto, ble ikke til noe den andre gjenfant seg i. Det resonnererte ikke på en måte som skapte forbindelse mellom oss. Det jeg mente ville hjelpe, ble til noe annet: kanskje enda et krav, enda en forventning, noe man ikke kunne leve opp til, ikke turte. Vi ble begge utålmodige og frustrerte. Der satt vi i hver vår stol. Hver alene i sin opplevelse av å ikke få det til. Men det var min jobb å forstå. Hva var det jeg ikke forsto? Hva var det som glapp på tross av alt jeg hadde lest og lært?

Flere av begrepene jeg hadde lært om engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse, manglet noe som kunne gi meg opplevelsen av innlevelse: et møtepunkt for å begynne å sirkle inn en felles forståelse som ga mening. Så jeg leste mer om alt fra de historiske røttene til utviklingen av de diagnostiske kriterier til diagnosen og nyere forskning (f.eks. Eikenæs et al., 2013; Lampe & Malhi, 2018; Millon, 1981, 2011). Likevel fant jeg ikke det som skulle til for å etablere en kontakt som ga seg til kjenne mellom pasienten og meg der vi satt.

Så jeg tenkte; la meg gå helt tilbake til start, legg bort begreper og teorier for en stund og

høre med dem som erfarer, om hva de faktisk erfarer. Spørsmål tok form:

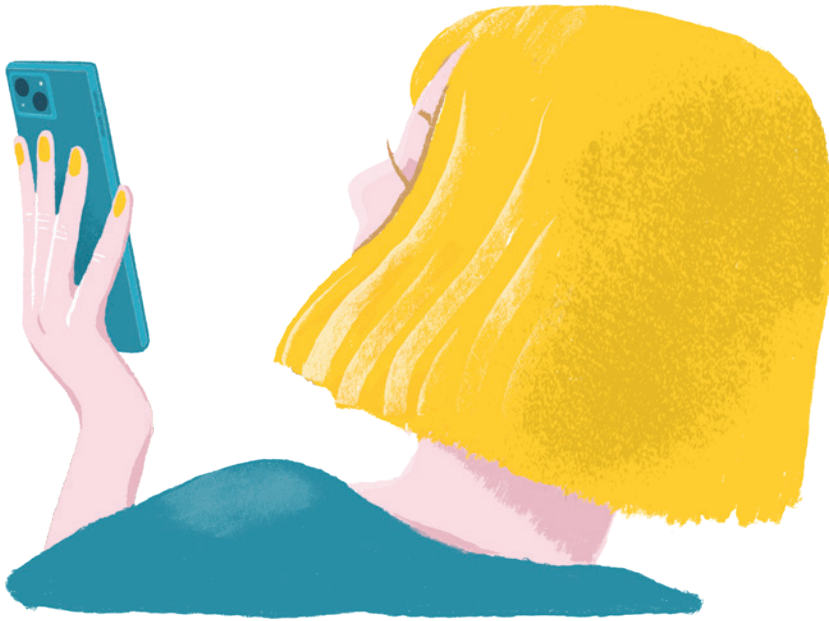
Hva er det personer som har fått diagnosen engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse, egentlig erfarer? Hvordan skaper de mening i hverdagen, om opprinnelsen og utviklingen til sine vansker, og om terapi og endring?

Det ble til et doktorgradsprosjekt ved hjelp av professor Marit Råbu, professor Theresa Wilberg og sykehusprest og ph.d., Eivind Stie (tidligere Berthelsen), med støtte fra Rådet for psykisk helse, Stiftelsen Dam og Sørlandet Sykehus HF. Vi fikk med oss en medforsker og brukerrepresentanter med egenerfaring. Sammen utformet vi et kvalitativt prosjekt basert på repeterte dybdeintervjuer. Vi valgte å forankre prosjektet i fortolkende fenomenologisk vitenskapsteori og metode (bl.a. Smith et al., 2009).

Femten deltakere sa ja til å være med. Ni kvinner og seks menn. Alle var i en eller annen form for poliklinisk behandling. Alle hadde en behandler som mente diagnosen engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse var primær, selv om det også var satt andre diagnoser som angst og depresjon.

De som ellers synes det var vanskelig å fortelle, fortalte som best de kunne. Det var





ikke alltid så lett å formidle seg, men kanskje fordi det ikke var andre krav enn det å fortelle, så gikk det seg til etter hvert. Jeg jobbet med å spørre på en slik måte at jeg forsto bedre. Strevde er kanskje et bedre ord. Jeg strevde aller mest når deltakerne svarte: *jeg vet ikke*. Men dette viste seg å være avgjørende for forståelsen min. Jeg lyttet på nytt og oppdaget at noen ganger når folk sier at de ikke vet, så vet de rett og slett ikke. En tenker kanskje at det er en selvfølge, men så var det ikke helt det for meg. Så istedenfor å hele tiden spørre etter svar på hvorfor de opplevde noe som de gjorde, begynte jeg å spørre om «hvordan». Som, «hvordan er det for deg å ikke vite?», «hvordan er det for deg når du opplever dette?» og «fortell meg mer om det». Det hjalp etter altfor mange forsøk på «hvorfor» eller «hva tenker du om det». Så fikk vi rettet vår oppmerksomhet mot beskrivelser heller enn forsøk på forklaringer. Og det var jammen bra, siden det var hele hensikten med intervjuene.

HISTORIENES BESKRIVELSER

Historier ble til om frykt, lengsel og tvil. Ord og beskrivelser som formidler intensiteten i den aleneheten som skaper avstand fra *alt*. Angsten som springer ut av å være i ordløse tilstander og ikke forstå hvorfor det blir slik. Frykten for hva det ville bety å vise hele seg selv, og hva det måtte innebære. Frykten for hva andre gjemmer inni seg, og for det som er gjemt, og kanskje ukjent, inni en selv. Det å ikke få til det man ser andre klarer med tilsynelatende letthet. Det å observere andre fra utsiden og forsøke å fremstå slik som dem. Å ikke klare å være «normal». Gjemme seg bort både for andre og for seg selv. Søke restitusjon alene, men kjempe for å holde alle vonde tanker og følelser på avstand. Kontrasten som oppstår i *fraværet* av blick og forventninger. Når man er alene ute i skogen, på fjellet, i kreativ aktivitet, i fysisk mestring, blant små barn eller dyr som »

”

... la meg gå helt tilbake til start, legge bort begreper og teorier for en stund og høre med dem som erfarer, om hva de faktisk erfarer



Engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse

Engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse er den vanligste personlighetsforstyrrelsen i befolkningen, med forekomst på ca. 4 %. I kliniske populasjoner er forekomsten opp mot 25 til 40% (Wilberg & Eikenæs, 2022). Ifølge DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) kjennetegnes lidelsen av et gjennomgripende mønster av sosial hemming, følelse av utilstrekkelighet og hypersensitivitet for negativ evaluering. I tillegg til de generelle kriterier for personlighetsforstyrrelse, må minst fire av syv kriterier må være tilstede for å få diagnosen:

1. Unngår sosiale og yrkesmessige aktiviteter som innebærer mye mellommenneskelig kontakt, av frykt for kritikk, misbilligelse eller avvisning
2. Er ikke villig til å involvere seg med andre mennesker så sant vedkommende ikke er sikker på å bli likt
3. Er tilbakeholden i intime forhold av frykt for å bli beskjemmet eller latterliggjort
4. Er besatt av frykten for å bli kritisert eller avvist i sosiale situasjoner
5. Er hemmet i nye mellommenneskelige situasjoner på grunn av følelse av utilstrekkelighet
6. Ser på seg selv som sosialt udyktig, som en som mangler personlig appell, eller er mindre verdt enn andre
7. Er uvanlig nølende når det gjelder å ta sjanser eller å involvere seg i enhver ny aktivitet, fordi vedkommende kan tenke at det kan føre en i forlegenhet

Behandling for engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse består først og fremst av psykoterapi tilpasset for personlighetsrelaterte vansker. Noen eksempler er mentaliseringsbasert terapi, skjematapi og interpersonlig og som regel tilbys terapien som en kombinasjon av individuell terapi og gruppeterapi.

er umiddelbare og åpenbare i sine uttrykk. Når man kjenner seg fri og mestrende.

Samtidig lengte etter det å bli kjent av en annen. Kjenne seg likeverdig og trygg i fellesskap, men ikke ane hvordan noe slikt kan komme til å bli. Tvilen som hele tiden forhindrer og lammer, usikkerheten i hva man tenker, mener og står for, hva man føler, og om man føler i det hele tatt. Og hele tiden spørre seg selv om hvem man egentlig er når man har det slik.

Fortellinger om barnet som utviklet seg i økende distanse til andre og slik også til seg selv. Hvordan det var da det ikke var noen der å lene seg til. Eller at man ikke visste at det var noe som manglet av nærhet, eller ikke erfarte hvordan det er å bli holdt av en annens velmenende oppmerksomhet, og bli med godhet forklart og vist slik at man forstår og mestrer.

Når man ikke visste at ordene vi bruker i samtaler, skaper form og forståelse av erfaringene våre og etter hvert fortellinger om hvem vi er. Jevnaldrende som ikke aksepterte eller inkluderte, tvert imot. Overganger som gjorde avstanden mellom forventninger og det man kunne klare, så tydelig at man kjente seg mer og mer fortapt og mistrøstig.

Historier om å fremdeles søke mot og styrke til å kjenne seg fri og som seg selv. Det å ville mestre og få til hverdagen. Håpe på at noen kan gi en løsning, en slags oppskrift. Komme til terapi med dette håpet, men så blir det ikke så enkelt likevel. Ikke klare å gjøre seg forstått og ikke bli forstått. Kjenne det som om man blir håndtert, eller ikke forstå hva terapeuten egentlig sier, hva terapeuten forklarer eller vil at man skal gjøre.

Men også fortellinger om at man kjenner seg forstått, sett og hørt. Bli hjulpet til å forklare seg og forstå seg selv bedre. Begynne å kjenne på litt tillit og muligheter, kanskje prøve ut litt nytt, selv om frykten, lengselen og tvilen spiller seg ut også i terapien.

ALT ER RELASJONELT, OGSÅ ALENEHET

Beskrivelsene formidlet noe om å forsøke å være en relasjonell person i en livsverden av isolasjon. Disse beskrivelsene handler altså om relasjonenes betydning for utviklingen av selvet vårt og vår etablering av opplevelsen av å være en person i en sosial virkelighet.

Vi blir til og er alltid i relasjoner. Vi er også alltid i relasjon til oss selv gjennom indre

representasjoner av våre relasjonelle erfaringer. Også de erfaringene som forblir uten ord og er gjemt. Vi er like og annerledes andre. Vår egen form står i forhold til en bakgrunn av andre – og vi danner bakgrunner for deres form. I det relasjonelle skapes mening på godt og vondt, og i det relasjonelle kan vi omforme meningene vi forstår oss selv og andre gjennom. Nye fortellinger om oss selv kan lages sammen slik at vi forstår alt på nytt.

Vår praktiske og implisitte bevissthet om det som betinger og modulerer våre handlinger, etablerer seg gjennom kontinuitet og rutiner i hverdagen vår (Giddens, 1991). Denne hverdagen er altså relasjonell. Vi former våre tilknytningsmønstre med våre betydningsfulle andre i våre første relasjoner (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Bowlby, 1969). Så videreutvikler vi våre relasjonelle repertoarer over årene i mangfoldige former for sosiale samspill (Jarvis, 2009). Gjennom utallige repetisjoner av interaksjoner med andre akkumuleres delte erfaringer som gir delt kunnskap som danner grunnen for en felles base for samarbeidende og normative væremåter (Giddens, 1991). Når vi interagerer, øver vi samtidig på å dele vår oppmerksomhet og våre intensjoner, våre mål, overbevisninger og våre følelser som kommer til å definere meningene med interaksjonene (Colle et al., 2017). Gjennom denne implisitte bevissheten og vår felles base finner vi også en delt oppfatning av våre eksistensielle parametre som tid, rom, kontinuitet og identitet hvis rammer oss inn som sosiale agenter og danner det vi kan kalle en ontologisk til-lit (Giddens, 1991).

Pre-refleksiv og refleksiv bevissthet

Vanligvis tenker vi ikke over dette. Vi tar det for gitt. Når vi beveger oss i verden, er vi som regel ikke så oppmerksomme på vår egen bevegelse. Vi tenker heller ikke så mye på at vi tenker, eller hvordan vi tenker. Vi er på en måte bare klar over at vi tenker og fokuserer på innholdet i tankene. Denne tilstanden kalles innen fenomenologien pre-refleksiv selvbevissthet (Gallagher, 2012). Men når vi aktivt forsøker å forstå noe, kan vi reflektere over noe som har skjedd i retrospektiv evaluering, eller noe som skal skje i prospektiv overveielse, eller i her og nå gjennom situasjonslokalisert refleksjon (Gallagher, 2012). I min forskning kom jeg til å tenke over hvordan deltakernes beskrivelser syntes å gjengi en pågående refleksiv bevissthet som omhandlet både retrospektiv evaluering, prospektive overveielser og situasjonslokalisert refleksjon over egen rolle i alle slags handlinger i det sosiale rom – som om ingenting kunne bli tatt for gitt.

Det er også en gjenkjennbar tilstand. Som når man er utenfor sin egen vante kontekst i en annen kultur eller bare en helt annen sosial sammenheng hvor man ennå ikke kjenner spillereglene. Hvor setter man seg i lunsjen på en ny jobb, og hvor formelt eller privat snakker man til hvem? Hvordan oppfører man seg under middagen hjemme hos en familie man ikke har vært hos før? Hva om den nye jobben eller middagsinvitasjonen foregår i en annen kultur? Nå, tenk deg at du ikke har tilstrekkelig sosial erfaring til å følge med på forgittheten i sosiale samspill der du liksom selv skal høre til. Og tenk deg at du heller ikke spør, eller vet du kan spørre, om hva eller hvordan du skal løse situasjonene du står i.

Jeg kom videre til å tenke på hvordan det kan bli slik for noen. Det ene er at tilbaketrekning fra sosiale arenaer over tid og under utviklingen fra barn til voksen rett og slett reduserer erfaringsgrunnlaget for sosial



... å forsøke å være en relasjonell person i en livsverden av isolasjon





Personligheten er som en persona, en maske de kjenner seg fremmedgjorte fra, samtidig som selvopplevelsen er full av tvil og usikkerhet

læring. Etter hvert sakker en akterut, og samtidig øker forventningene til dine sosiale ferdigheter jo eldre du blir. Ikke fordi disse forventningene formidles som uttalte krav, men fordi de inngår i den implisitte relasjonelle kunnskapen de fleste bærer med seg proseduralt. Det er heller ikke slik at folk flest er bevisst hvordan de reagerer når forventningene brytes i samspill, men reaksjoner kommer når noen bryter forventninger. Kanskje som overraskelse, spørsmål eller grader av avvísninger. Eksempler på forventninger er forskjellen på hvordan vi snakker med en nær venn, og hvordan vi omgås kollegaer. Hvordan man leker mindre og henger mer når man begynner på ungdomsskolen, eller hvordan man finner sin plass i sosiale hierarkier.

Tilknytning og selvorganiserende erfaringer

Det andre spørsmålet jeg tenkte på når det gjelder deltakernes beskrivelser, var hvordan man også kan komme til å ikke kjenne seg selv, eller alltid tvile på hva man føler, tenker og hva man vil. Jeg tenkte at dette handler om tilknytning, men også noe enda mer basalt: om opplevelsen av selvet.

Tilknytning og selvopplevelse er nok to begreper som egentlig er uatskillelige. Men teoretisk kan man si at tilknytningsteorien har sitt utgangspunkt i relasjonelt bånd og samspill mellom barn og omsorgspersoner sett i lys av hvordan barn reagerer på oppfattelse av fare, og hvordan omsorgspersonen trygger barnet eller ei. Det vil si dynamikken mellom barnets behov for beskyttelse, trygghet og selvstendig utforskning og den ivaretagelsen av dette behovet som blir gitt av omsorgspersonene, samt de resulterende indre arbeidsmodeller av hva man forventer av andre eller seg selv i balansen mellom ivaretagelsen av sitt behov for både trygghet og autonomi. Selvets tilblivelse kan forstås som en organisering av erfaringer (Simms, 1993). Erfaringer som finner sted i en interpersonlig verden (Stern, 1985). Stern (1985) beskrev hvordan selvets organisering finner sted fra tilblivelse gjennom flere faser som bygger på hverandre, men som også alltid er til stede samtidig som byggesteiner i våre indre arbeidsmodeller. Det gryende selvet representerer begynnelsen av prosessen rundt organiseringen av barnets sensoriske opplevelser. Disse fysiske og sensoriske erfaringene inngår i en organisering som etter hvert, når barnet er to–tre måneder, skiller «meg selv» fra andre i en implisitt prosedural hukommelse. Her dannes grunnen for kjerneselvets agens, sammenheng, affekter og selvhistorien. Så oppdager barnet at det har et eget indre sinn og andre også har egne indre sinn, og at disse sinnene kan deles sosialt og slik danner broer mellom sinn. Delingen handler om felles oppmerksomhet og samspill i kroppslig holdning, gestikulering, ansiktsuttrykk, verbale uttrykk og toneleie. Det som deles, gir rammer for mening. Et sentralt begrep ved Sterns teori er affekt-inntoning. Det innebærer å uttrykke tilbake eller omforme kvaliteten i en affekt i en utvidelse gjennom å legge til oppmerksomhet på indre mental tilstand og de delte kvalitetene som ligger bakenfor den synlige atferden. Når man opplever en inntoning, kjenner man seg forbundet med en annen. Tilstander som ikke blir tonet inn av en annen, erfares alene og isoleres fra «den interpersonlige konteksten av erfaringer som kan deles» (Stern, 1985, s. 152, egen oversettelse). Hvor mye og lite man erfarer som noe som kan deles, kan forstås som resultatet av denne formen for sosialisering og påvirker hvor mye man opplever seg som kjent av andre, eller hvor mye psykisk isolasjon man opplever.

Sosial og relasjonell deling endrer seg med tilegnelse av språk, og det verbale selvet konstrueres gjennom at vi snakker og setter ord på våre opplevelser. Gjennom ord kategoriserer og navnsetter vi objekter, inkludert oss selv og andre. Historier kommer til å fortelles om indre tilstander knyttet sammen med intensjoner, motivasjoner, handlinger og plot – og i fortellingene oppstår vårt narrative selv, eller vår autobiografiske identitet.

UTVIDET FORSTÅELSE AV HISTORIENE

Med disse teoriene i bakhodet kan fortellingen fra forskningen komme til å lyde slik:

Her er en tilstedeværelse av overveldende alenehet – noen ganger navngitt og andre ganger ikke. Rundt dem er det som om det er et tomrom. Selv når det er andre mennesker til stede, er det som om ingen er der fullt og helt. Det er som om man betrakter todimensjonale figurer i et skuespill av antatt normalitet. Personligheten er som en persona, en maske man kjenner seg fremmedgjort fra, samtidig som selvopplevelsen er full av tvil og usikkerhet. Bakkenfor ligger liksom en intuitiv erkjennelse av at det er og har vært noe som mangler, noe ukjent de andre har, noe forlokkende som samtidig av en eller annen grunn assosieres med frykt.

Deltakernes væren-med-andre, som i det intersubjektive rommet er farget av denne psykiske aleneheten. Deres indre verden forblir i stor grad udelte, og på samme vis blir heller ikke andres indre verden delt med dem. Det er som om broene mellom indre sinn og observert atferd ikke blir samkonstruert. Kanskje inntoningserfaringer av intersubjektiv deling var manglende, feilinntonet eller selektive slik at bare deler av den subjektive virkeligheten kunne deles. Slik ville bare deler av det indre liv og atferd bli forsterket, mens andre deler forble ikke-inntonet og dermed utenfor intersubjektiv eksistens. Disse ikke anerkjente sidene av selv-med-andre-organiseringen kan forstås som starten på et falsk selv (Winnicott, 1960). Det er aspektet ved selvopplevelsen som blir delt, men den deles på bekostning av det udelte (Stern, 1985). Det at du heller ikke kjenner deg igjen i forsøk på inntoning, at den blir feil på den måten at din egen opplevelse stilles spørsmålsteget ved, kan skape tvil om egne erfaringer. Disse forskjellige formene for feilinntoning

ger kan bidra til at man kjenner mistillit eller manglende autentisitet i andre.

Innen denne selv-med-andre-organiseringen gjør tilstedeværelsen av tilknytningsrelasjonen seg samtidig gjeldende. I våre deltakere fremkom det lite opplevelse av en trygg relasjonell base for utforskning og heller erfaringer av å måtte sørge for seg selv og forbli i ensom «trygghet». Slik var det som om deres tilknytningsbehov var undertrykt eller deaktivert for å unngå frustrasjon og uro. Andre kunne ikke stoles på, forventes å støtte eller trygge dem. Samtidig var det en lengsel som trakk dem mot andre – behovet gjorde seg gjeldende tross forsøk på å få det bort. Det var som om selve tilknytningsbehovet ble en del av deres ikke anerkjente eller ikke navngitte selv-med-andre – hvis uttrykk selvfølgelig også formes av temperament og våre personlighetstrekk i dette komplekse samspillet med miljøet.

Våre deltakere var heller ikke vant med å snakke om seg selv og sine erfaringer, og slik fikk de også lite erfaringer med samkonstruksjon av deres egne og andres verbale selv. Så mye var ikke ordgitt, så mye var usagt – og det er ikke så rart at narrative også ble tynne eller ufortalte. Slik ble nok også lite husket i sin ufortalhet. Ikke så rart heller at det å mentalisere hensiktsmessig blir så vanskelig. Men ordene «jeg vet ikke» rommet derfor også så mye. Nå i denne konteksten kan vi forstå «å ikke vite» som noe som åpner opp et intersubjektivt landskap som har ventet på å bli sett, kjent og navnsatt – og ikke lenger noe som lukker en samtale, slik jeg erfarte det tidligere.

Så blir det skam. Skammen som henger sammen med å ikke være bra nok for de andre. Fortvilelsen som oppstår når man feiler sosialt og ser sin egen tilkortkommenhet reflektert i andres blikk og reaksjoner. Skammen som går hånd i hånd med frykten for å bli utstøtt. For mange av deltakerne visste de ikke fikk det til, og at de ikke klarte å fremstå normale slik de tenkte andre er normale. Skam beveger oss mot gjemsel, mens skammens motgift er gjerne det å dele, fortelle, slik at man kan få gaven av andres gjenkjennelse og erfaringer.

Kreftene bak unnvikelse, tilbaketrekning og hemming står etter hvert frem som mektige i kontekst av disse selv-med-andre-erfaringene, »





tilknytningserfaringene, reduserte sosiale læringserfaringer: alenehet, tvil, usikkerhet, frykt og skammens lammelse sammen med lengselens fortvilelse.

Med utvidet forståelse om hvordan det er å leve med disse vanskene, kan vi også gå tilbake til våre terapier og se om vi kan utforme bedre behandling. I flere av psykoterapimetodene som er utviklet spesielt med tanke på personlighetsrelaterte vansker, for eksempel mentaliseringsbasert terapi eller skjematapi, arbeides det med å tilpasse metodene til engstelig unnvikende personlighetsproblemer. Uansett psykoterapeutisk metode som benyttes for disse vanskene, har de til felles et søkelys på selvpplevelsen og relasjonell fungering gjennom at det arbeides med å få et mer bevisst og nyansert forhold til seg selv og andre (Wilberg & Eikenæs, 2022). Ved vårt behandlingsteam jobber vi med skjematapi samtidig som vi nå tar utgangspunkt i de fenomenene som fremkommer fra denne forskningen om den subjektive erfaringen. Dermed bruker vi også tydelige elementer fra andre terapiretninger når det synes viktig for fenomenet vi fokuserer på. Inspirert av fenomenene lager vi temaer for grupper. Eksempler kan være temaene: «følelser», «grunnleggende emosjonelle kjernebehov», «forventninger fra andre» og «fortelle om meg». Vi tenker at læring best oppstår i relasjonen gjennom samtidig inntoning og terapeutiske intervensjoner. Terapeuten forklarer mye med et utforskende og mentaliserende språk for slik å ordgi det som foregår. Jeg bruker sammenligningen «som å være en sportskommentator på radio». Man liksom lager bilder av det som foregår her og nå, og fremhever viktige elementer. Gjennom denne måten å snakke på holder terapeuten oppmerksomheten rettet mot det vi ikke skal ta for gitt i det sosiale samspillet, og i alle fortolkningene som foregår. Alle bidrar og deler på spotlighten, men samtidig er forventningene til hva og hvordan det deles, tilpasset den enkelte. Det kan være nok eksponering bare å møte opp noen ganger. Enkle hjemmeoppgaver gis. For eksempel: Legg merke til om du får en følelse neste uke. Her er hensikten å øve oppmerksomhet på seg selv. Og før de begynner i gruppa, har alle hatt et grundig forvern med individuelle samtaler for å bli kjent og for å formidle grundig hva de kan forvente i terapien.

Tanken er at vi skal legge til rette for korrigerende relasjonelle erfaringer som kan påvirke selv-med-andre-organiseringen på flere nivåer samtidig – fra det intersubjektive til det narrative. Samtidig skal vi lage en så trygg som mulig arena for sosial læring. Så langt prøver vi ut denne måten å jobbe på, og vi er spente på hva pasientene vil formidle til oss om sine erfaringer med dette etter hvert. ✕

REFERANSER

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: vol. 1: Attachment* (Vol. no. 79). Hogarth Press.

- Colle, L., Pellecchia, G., Moroni, F., Carcione, A., Nicolò, G., Semerari, A. & Procacci, M. (2017). Levels of social sharing and clinical implications for severe social withdrawal in patients with personality disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 263. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00263>
- Eikenaes, I., Hummelen, B., Abrahamsen, G., Andrea, H. & Wilberg, T. (2013). Personality functioning in patients with avoidant personality disorder and social phobia. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 746–763. https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_109
- Gallagher, S. (2012). Multiple aspects in the sense of agency. *New Ideas in Psychology*, 30(1), 15–31.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Polity Press.
- Jarvis, P. (2009). *Learning to be a person in society*. Routledge.
- Lampe, L. & Malhi, G. S. (2018). Avoidant personality disorder: Current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 11, 55–66.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III: axis II*. Wiley.
- Millon, T. (2011). *Disorders of personality: Introducing a DSM/ICD spectrum from normal styles to abnormal types* (3. utg.). John Wiley & Sons.
- Simms, E.-M. (1993). The infant's experience of the world: Stern, Merleau-Ponty and the phenomenology of the preverbal self. *The Humanist Psychologist*, 21(1), 26–40.
- Smith, J. A., Larkin, M. & Flowers, P. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Sage.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Karnac Books.
- Sørensen, K. D., Råbu, M., Wilberg, T. & Berthelsen, E. (2019). Struggling to be a person: lived experience of avoidant personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 75, 664–680. <https://doi.org/10.1002/jclp.22740>
- Sørensen, K. D., Wilberg, T., Berthelsen, E. & Råbu, M. (2019). Lived experience of treatment for avoidant personality disorder: Searching for courage to be. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02879>
- Sørensen, K. D., Wilberg, T., Berthelsen, E. & Råbu, M. (2020). Subjective experience of the origin and development of avoidant personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.23013>
- Wilberg, T. & Eikenæs, I. U-M (2022). *Å ønske, men ikke våge: Om engstelig unnvikende personlighetsproblematikk*. Gyldendal.
- Winnicott, D. W. (1960). *The maturational process and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. Karnac Books Ltd.



Med utvidet forståelse om hvordan det er å leve med disse vanskene, kan vi også gå tilbake til våre terapier og se om vi kan utforme bedre behandling

Å ha felles barn med nokon med rusmiddelproblem: ein kvalitativ pilotstudie

Marita Orseth Høydal^{1,2} og Trond Nordfjærn^{3,4}

Samandrag

Mål: Å undersøkje erfaringar med å ha eit barn med nokon som har eit rusmiddelproblem. Kjenneteikn ved erfaringane og meistringsstrategiar vart utforska.

Metode: Det vart gjennomført eit semistrukturert fokusgruppeintervju med (N = 4) personar som oppsøkte eit meistringstilbod som følgje av sin relasjon til nokon med eit rusmiddelproblem. Deltakarane var foreldre anten i ein romantisk relasjon med, eller som ekspartner til, personen med eit rusmiddelproblem. Tematisk analyse vart bruka for å analysere intervju.

Resultat: I hovudsak rapporterte deltakarane betydeleg belastning som konsekvens av foreldresamarbeidet. Foreldra rapporterte omfattande bekymring og anstrenging i sine forsøk på å kompensere for den potensielle skaden barnet vart påført av å ha ein forelder med eit rusmiddelproblem. Foreldra rapporterte ulike erfaringar med profesjonell bistand, der fleire opplevde å ha blitt ytterlegare belasta av samhandling med hjelpeinstansar.

Konklusjonar/implikasjonar: Desse førebelse resultatata underbyggjer ein samanheng mellom å ha eit barn med nokon med eit rusmiddelproblem og potensiell traumatisk belastning, og understrekar behovet desse foreldra har for tilstrekkeleg støtte. Våre observasjonar treng å undersøkast vidare i ein ny studie med eit større utval.

Nøkkelord: ruslidingar, pårørande, foreldresamarbeid, emosjonell belastning, helsehjelp

¹ Psykiatrisk ungdomsteam, Nidaros DPS, St. Olavs hospital

² Sentral fagenhet for tvungen omsorg, Avdeling for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, St. Olavs hospital

³ Institutt for psykologi, NTNU

⁴ Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, St. Olavs hospital

KONTAKT

maritaorseth@gmail.com

MERKNAD

Forfatarane oppgir ingen interessekonfliktar

FAGFELLEVDERT

Rusavhengnad inneber at ein prioriterer å ruse seg framfor å ta vare på andre viktige livsområde som arbeid, helse og relasjonar (World Health Organization, 2019). Pårørande kan rapportere opplevingar av kriminalitet, økonomiske vanskar, vald og aggresjon, svekka helse, samt ein ustabil livsførsel i relasjonen til den med rusmiddelproblem (Arcidiacono et al., 2009). Ein litteraturgjennomgang av studiar viste at å vera pårørande til nokon med rusmiddelproblem i stor grad påverkar psykisk og fysisk helse (Orford et al., 2010a). Døme på plager var angst, depresjon, søvnproblem og å ikkje kunne jobbe (Templeton et al., 2007).

Ein modell for å forstå dei pårørande sin situasjon er «stress-strain-coping-support»-modellen, der desse fire faktorane blir skildra som essensielle i korleis dei pårørande opplever sin situasjon, og kor negativt dei eventuelt blir påverka (Orford et al., 2010a). Forfattarane argumenterer for at situasjonen kan vera så belastande ('stress') at den fører til svekka helse ('strain'), og at tilgang på sosial støtte ('support') og type meistring ('coping') vil mediere denne samanhengen.

At pårørande har psykiske og fysiske plager, har ein også sett i norske studiar. Nordlie (2003) fann at 96 % av familiemedlem av personar i rusbehandling, som sjølve mottok hjelp, hadde hatt muskel- og skjelettplager, og over 60 % hadde opplevd hovudpine og/eller plager med magen. Ein nyare studie fann at 62 % av pårørande rapporterte om psykiske symptom (Hoel & Geirdal, 2017). Høie og Sjöberg (2007) har gjennom intervju fått innsikt i den emosjonelle belastinga det fører med seg å vera pårørande. Det finst ikkje norsk forskning på dei pårørande sine opplevingar av hjelpetenestar.

Den føreliggande studien

Pårørande blir i forskingslitteraturen ofte definert som søsken, foreldre, barn, partnerar, ektefeller eller sambuarar. Forfattarane har ikkje funne studiar som spesifikt har undersøkt pårørande som har felles barn med eit individ med rusmiddelproblem. Utvalet i denne studien er foreldre som har eit felles barn med nokon med rusmiddelproblem, der tre av fire ikkje er i eit romantisk forhold med den andre forelderen.

Omsyn til barnet dominerer deira rolle som pårørande, ettersom barnet er grunnen til at ein framleis har kontakt. Rett til samvær mellom barn og forelder er lovfesta i barnelova (Barnelova, 1982, § 42). Samstundes må samværet vera forsvarleg for barnet (Barnevernloven, 1993, § 1). Dette fører i praksis til ei kontinuerleg vurdering av om barnet får forsvarlege samvær.

Føremålet med studien var å gjennom eit fokusgruppeintervju undersøkje opplevingane til foreldre som har barn med nokon med rusmiddelproblem. Ved eit kvalitativt forskingsdesign var det ønskeleg å få rike, subjektive skildringar om kva som kjenneteiknar deira erfaringar.

Metode

I tråd med målsetjinga til studien var det ønskeleg å fange opp sentrale tema og mønster i deltakarane sine subjektive erfaringar. Då det finst lite kunnskap om denne gruppa pårørande, vart kvalitativ metode vurdert som best eigna. Vi rekrutterte aktuelle deltakarar til eit fokusgruppeintervju i juni 2018. Fokusgruppeintervjuet vart leia av førsteforfattar og medstudent som eit ledd i å skrive hovudoppgåver ved profesjonsstudiet i psykologi ved NTNU (Hedley, 2018; Høydal, 2019). Denne artikkelen byggjer på same materiale som oppgåvene og er vidareutvikla av førsteforfattar.

Andreforfattar var også med under intervjuet i rolle som rettleiar og deltok ikkje aktivt. Fire personar deltok i intervjuet, og alle hadde eitt barn med nokon med rusmiddelproblem (sjå tabell 1).

Deltakarane vart rekrutterte blant pårørande tilknytt Lærings- og meistringssenteret (LMS) ved ein behandlingstilstand som tilbyr behandling til personar med rusmiddelproblem. Føremålet med LMS er å gje pårørande til personar med rusmiddelproblem kunnskap for betre å mestre kvardagen som pårørande og slik få auka livskvalitet. Nokre av dei pårørande hadde kjennskap til kvarandre i kraft av å ha delteke på same tiltak over tid. To av fire rapporterte å ha blitt diagnostisert med ei psykisk lidning som dei tilskreiv si rolle som pårørande, medan dei to andre ytra å ha opplevd tunge periodar, men nytta andre ord og uttrykk.

Tabell 1

Demografiske variablar i utvalet

Pseudonym	Alder	Samlevsstatus med den med rusmiddelproblem	Russtatus til den med rusmiddelproblem
Olav	37 år	Kjærest	Rusfri > seks månadar
Anne	29 år	Ekspartner	Rusfri < seks månadar
Marte	31 år	Ekspartner	Rusfri > seks månadar
Silje	40 år	Ekspartner	Rusfri > seks månadar

Vi valde fokusgruppeintervju framfor individuelle intervju for å dra nytte av dynamikken i samtale blant fleire pårørende, til dømes ved at ulike synspunkt kunne bli delt og drøfta. I dette tilfellet var fokusgruppeintervjuet einaste kjelde, på bakgrunn av at ein kanskje ikkje får tak i same kunnskap på andre måtar (Dilshad & Latif, 2013). Vi nytta ein semi-strukturert intervjuguide med sju hovudspørsmål, der nokre av dei hadde tilleggs-spørsmål, og der dei fleste var opne. Utfyllande intervjuguide ligg som vedlegg i hovudoppgåvene (Hedley, 2018; Høydal, 2019). Ikkje alle spørsmåla blei stilte i intervjuet, då det undervegs vart vurdert hensiktsmessig å følge engasjementet til deltakarane.

Etikk

Prosjektet vart godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefagleg forskingsetikk midt [2018/295]. Då deltakarane hadde ei personleg tilknytning til LMS, forsøkte vi å sikre at deltakarane ikkje følte seg pressa til å delta ved å både munnleg og skriftleg understreke at det var friviljug, og at deira deltaking ikkje ville ha betydning for tilboda dei nytta seg av ved LMS. Deltakarane signerte eit samtykkeskjema før dei deltok i fokusgruppeintervjuet. I artikkelen blir pseudonym nytta i staden for deltakarane sine eigentlege namn.

Analyse

Tematisk analyse vart gjennomført gjennom Braun og Clarke (2006) sin trinnvise modell. På den eine sida er denne framgangsmåten datadreve og induktiv. Samstundes tek forskaren aktive val i å tolke datamaterialet, noko som gjer at det aldri vil vera utelukkande induktivt. Før datamaterialet var klart, byrja prosessen med at førsteforfattar gjorde litteratursøk på pårørende av nokon med rusmiddelproblem, under rettleiing av andreforfattar. Førsteforfattar var slik påverka av relevant litteratur. Førsteforfattar var på dette tidspunktet i ein avsluttande fase av psykologutdanninga, noko som antakeleg bidrog til eit psykologisk og klinisk blikk på datamaterialet. Andreforfattar har mange års erfaring med forsking i psykologi.

Etter at materialet vart transkribert til tekst, vart det formulert grovsorterande kodar, noko som gjorde det mogleg å søkje etter overordna tema (Braun & Clarke, 2006). Førsteforfattar si hovudoppgåve (Høydal, 2019) byggjer på ei analyse av to fokusgruppeintervju med to typar pårørende, medan denne artikkelen byggjer på ei ny analyse av kun den eine gruppa pårørende.

Resultat

I tabell 2 visast ei oversikt over hovud- og undertema i analyse av datamaterialet som vil bli skildra fortløpande.

Tabell 2
Oversikt over hovud- og undertema

Hovudtema	Undertema
Former for påkjenning	Beredskap, ansvar og risikovurderingar Sorg, sinne, dårleg samvit og frykt
Handtering	Eigne strategiar for å handtere Positive erfaringar med hjelpeinstansar Negative erfaringar med hjelpeinstansar

Former for påkjenning

Beredskap, ansvar og risikovurderingar. Eit ord deltakarane nyttar ofte for å skildre sin situasjon er «beredskap». Det blir rapportert ei utprega frykt for kva barnet blir utsatt for og går glipp av ved å ha ein forelder med rusmiddelproblem. Til dømes fortel ein forelder om erfaringar med alvorlege og dramatiske episodar med overdose og/eller suicidalitet, og frykt for at dette skal skje i barnet sitt nærvære.

(...) og om det ikkje skjer noko, så trur du at det skjer noko, så du er på konstant jakt etter «kva er det eg ikkje får med meg no?» (...) Det er ei slik underleg kjensle av beredskap. Det kan ikkje samanliknast med ein annan beredskap fordi du ikkje har noko konkret å risikovurdere imot. Etter kvart får du jo det, men slik i starten er det eit helvete. Du veit aldri når du må gripe inn. – Olav

Beredskapen foreldra fortel om, blir tilsynelatande forsterka av møte med hjelpeinstansar som gjev dei ansvaret for å kompensere for forelderen med rusmiddelproblem, utan nødvendigvis vidare rettleiing eller hjelp.

Då seier eg som barnevernet: «Du må tenkje på det slik, Olav, at når Sindre kjem frå mor, så er glaset tomt. Då er det ditt ansvar å fylle opp.» – Olav

Foreldra uttrykker at ein del av beredskapen er å forsøke å vera i forkant av dei emosjonelle opp- og nedturene forelderen med rusmiddelproblem påfører barnet. Det blir skildra at forelderen med rusmiddelproblem ofte avlyser avtalar, ikkje held det hen lovar, og er utilgjengeleg for barnet. To av foreldra formuler-

rer ein variant av ordlyden «eg har enda opp som ein administrerande direktør utan å ha søkt på jobben».

Sorg, sinne, dårleg samvit og frykt. Deltakarane skildrar inngåande døme på sorg, sinne, dårleg samvit og frykt i kraft av å ha felles barn med ein person med rusmiddelproblem. Kva angår sorg og skuffelse, fortel ei mor om sorgen og skuffelsen knytt til familjelivet ho hadde ønska for seg sjølv og barna sine, og kor langt ifrå ønsket dei har hamna:

(...) ein hadde nokre ambisjonar. Ikkje at eg var slik kjempebevisst korleis eg skulle vera som mor før eg blei det, men ein tenkte «det skal me få til, og det skal me få til». Og så må du liksom trekkje ned den eine tingen etter den andre, då. «Det får me ikkje til», «nei, slik vart det ikkje», «nei, det er ikkje alltid du får mat når du er hos pappa». – Silje

I intervjuet kjem det fram at dårleg samvit pregar opplevingane til deltakarane, då gjerne knytt til at barnet ofte blir skuffa eller svikta. Ein av deltakarane rapporterer om syklusar av dei forskjellige kjenslene, til dømes sinne og dårleg samvit:

No gidd eg ikkje meir, eg orkar ikkje å ofre ein kalori for at det her skal ordne seg (...). Då blir det slik ein liten periode, og så må eg be han ta det opp att for då kjem jo samvitet, eg må jo jobbe for at dei skal oppretthalde det bandet som dei har. – Anne

Forskjellige former for frykt og bekymring blir framheva ved situasjonen. I tillegg til den skildra beredskapen uttrykker til dømes ein deltakar bekymring for om barnet har arva same diagnose (ADHD) og er utsatt for å utvikle eit rusproblem sjølv.

Handtering

Eigne strategiar for å handtere. Angåande korleis dei pårørande handterer situasjonen og tek vare på helsa si, fann vi gjennom analysen forskjellige strategiar. Ein av foreldra fortel om å måtte nedprioritere eiga psykiske helse til fordel for dei andre i familien, og at ho fekk ein sterk reaksjon når situasjonen først betra seg:

(...) etter at sambuaren min vart edru og stabil på medisinar, og sonen min byrja i barnehagen og slik, og kvardagen byrja å stabilisere seg etter alt som me hadde vore gjennom, då kom min reaksjon. Då vart eg kjempedepremert. Eg hadde kjempa for livet fram til då. Så når eg endeleg hadde tida og ro og liksom ikkje hadde sonen min 24 timar i døgnet, då vart eg heilt øydelagt. – Marte

Tre av fire pårørande skildrar at å jobbe er ein måte dei tek vare på si psykiske helse. To av fire legg til at dei bevisst slit seg ut på jobb for å få sove, og held seg opptatt for å ikkje bli tynga av belastninga:

Jobbe. Seie ja til alt som foregår på skulen, slik for å koma unna heimen og tankane. (...) no fram til eg går ut i ferie så har eg fullsatt dagane mine heilt på jobb, og då veit eg jo kvifor, det er for å stikke av litt frå ... då får eg noko heilt anna å tenkje på. (...) eg er ikkje den som sit og pratar med familien, eg har aldri vore nokon slik pratar heime heller. – Anne

Ei anna type meistring foreldra fortel om, er å ta distanse frå det som skjer og vera inneforstått med at ein ikkje har kontroll. Fleire skildrar det som positivt å få sleppe ut kjensler, dele med andre korleis dei har det, samt verdien av søvn, gå tur, trening og hobbyar. Fire av fire deltakarar slår eit slag for å møte andre i same situasjon.

Negative erfaringar med hjelpeinstansar. Fire av fire deltakarar har ved minst ei anledning oppsøkt profesjonell bistand for å handtere sin situasjon. Tre av fire oppgjev å ha fått minimalt med bistand frå helsevesenet, og heller fått fleire oppgåver, medan den fjerde på motsett side er svært nøgd med hjelpa ho har fått. Dei mangelfulle møta med hjelpeinstansar vil bli skildra først. Det blir skildra slike møte med fastlegetenesta, BUP (barne- og ungdomspsykiatri) og BVT (barneverntenesta). Ein forelder opplevde først å bli henvist til spesialisthelsetenesta for eigne helseplager, men bli avvist, og deretter få meir ansvar hos fastlegen:

Og så skjønnte eg då eg var på [arrangement for pårørande] at kanskje må eg ha litt hjelp. Så drog eg til fastlegen min, som sa til meg: «Men skal han der [ekspartner med rusmiddelproblem] ha foreldreansvar?» Då vart eg slik: «Å, no må eg kaste opp, skal eg ta ansvar for å finne ut av det?» – Silje

Ein annan deltakar fortel om same tendens i møte med BUP. Ho fortel at barnet hennar var under utreiring i BUP, og at ho opplevde det var lite rom for ei utvida forståing av barnet sine vanskar og rettleiing til ho som omsorgsperson. På tvers av hjelpeinstansar ser det ut til at foreldra opplever å bli møtt med ei forventing om at dei skal løyse utfordringane sjølve, og i tillegg kompensere for forelderen med rusmiddelproblem. Dette fortel ein forelder blei tematisert med representant for barnevernet til stades:

(...) me utfordra hjelpeapparatet litt på at «men er det slik at de definerer den eine forelderen som frisk og

den andre som sjuk? 'Ho her blir tatt vare på av mor' eller 'mor kompenserer for far'. Ho [tilsett frå barnevernet] sa at den setninga her, den hadde ho bruka så mange gonger, og vart heilt slik skamfull. (...) altså, «kompenserer for far sin eller mor sin rusbruk», utan at ein lurar på kor lenge klarer ein det? – Silje

Positive erfaringar med hjelpeinstansar. På den andre sida rapporterer ein av dei fire foreldra å vera svært nøgd med oppfølginga frå helsevesenet. Denne forelderen rapporterte svært god erfaring med å ha vore innlagt som familie, då dei framleis var eit par og fekk heilskapleg og langsiktig oppfølging. Det ser ut til å vera varierende kva deltakarane vil ha hjelp til, eller om dei i det heile veit kva dei treng. Uansett blir verdien av å bli lytta til og tatt på alvor understreka. Det som ser ut til å kjenneteikne gode tilbod, er kontinuitet, å inkludere alle nødvendige instansar, fleksibilitet med tanke på regelverk, samt å møte tilsette som ser menneska i situasjonen og brenn for at det skal gå bra. I tillegg gjev alle fire deltakarar gode skussmål til lærings- og mestringssenteret dei vart rekruttert frå, som eitt av få verdifulle tilbod til pårørande. Fire av fire deltakarar understrekar verdien av å møte andre i same situasjon. Det blir skildra som ei sterk oppleving å høyre andre vaksne menneske skildre «deira liv», fordi det er så mykje likt i kva dei fortel. Andre kjenneteikn ved forumet ser ut til å vera at det er eit ope, inkluderande og ikkje dømmande samhald der ein blir høyrte på:

Det var og veldig ein ventil, egentleg, og det å føle at ein ikkje er åleine. Og sjå, ikkje at ein synast det er godt at andre har det vondt, men at ein ser og høyrer korleis andre handterer og taklar og tenkjer, og det at andre har det på same måte, det gjev deg faktisk (...), kall det sterkare, då. Ein går og ikkje føler seg åleine då. – Olav

Diskusjon

Orford et al. (2010a) understrekar at rusavhengighet kjenneteiknast av ein livsførsel som kan vera skadeleg for nære relasjonar, og aukar pårørande sin risiko for å utvikle psykiske og fysiske helseplager. Dette samsvarer med forskning, som viser at dei pårørande har svekka helse (Hoel & Geirdal, 2017; Nordlie, 2003; Orford et al., 2010b; Templeton et al., 2007). To av fire foreldre i aktuelle studie rapporterte å ha / ha hatt ei psykisk lidning som dei tilskreiv si rolle som pårørande, medan dei to andre skildra tunge periodar med andre ord og uttrykk.

Som eit resultat av å måtte forhalde seg til livsførselen og potensiell skade på felles barn rapporterer for-

eldra to former for påkjenning: emosjonelle syklusar av sorg, sinne, frykt og dårleg samvit, samt at kvardegen er prega av beredskap, ansvar og risikovurderingar. Beredskap vil kunne vera eit uttrykk for traumatisk stress der det sympatiske nervesystemet er aktivert over tid. Ein studie viste at medan dei som tilfredstilte kriteria til PTSD oftare hadde opplevd interpersonleg vald, hadde dei med sub-terskel PTSD oftare opplevd hendingar som skjedde mot menneske dei var glade i (McLaughlin et al., 2015). Forfattarane skriv at sub-terskel PTSD tilseier psykiske helseplager som er klinisk relevante. Dette er eit relevant rammeverk, då foreldra skildrar alvorlege episodar med rus, suicidalitet og overdosar, og frykt for at dette skal skje på nytt i barnet sitt nærvære.

Vidare viser resultatane at foreldra opplever å få ansvar for at samværet mellom barnet og den andre forelderen er «forsvarleg». Dette til tross for at barne-lova og barnevernloven, som høvesvis familievernkontor og barnevernteneste er underlagt, skal sikre at barn har forsvarleg samvær med sine foreldre, og det er retten som eventuelt må ta stilling til om samvær skal stoppast (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013). Dei pårørande rapporterer om å ha blitt bedd om å både kompensere for forelderen med eit rusproblem og ta stilling til om den andre forelderen skal ha samvær, av høvesvis barnevernteneste og fastlege. Dette er instansar med stor makt, noko som i dei fleste tilfelle vil føre til at individ opplever å måtte utføre kva dei blir bedd om, uansett om oppgåva skulle vera urimeleg stor. Det kan på ei side framstå som at offentlege instansar bidreg til belastinga foreldra i studien opplever, heller enn å bistå.

På den eine sida rapporterer foreldra fleire typar meistringsstrategiar som kan ha god effekt. Å distrahere seg frå stresset er ein vanleg meistringsstrategi (Tamres et al., 2002), og foreldra rapporterer dette i fleire former: å jobbe, trene og bruke tid på hobbyar. Dette er også aktivitetar som i seg sjølve kan vera helsefremmande. Like fullt rapporterer fleire av foreldra at dei har opplevd det nødvendig å nedprioritere eiga helse, og at dei bevisst slit seg ut for å få sove, noko som heller framstår som nødløysingar og belastning, heller enn gode meistringsstrategiar. Ein kan dessutan påstå at «meistring» vil ha avgrensa effekt om belastninga er stor nok. Dette speglast att i korleis Orford et al. (2010a) argumenterer for at opplevd støtte er viktigare enn meistringsstrategiar for opplevd belastning.

Når foreldra framleis er i eit romantisk forhold, blir heilskapleg, langsiktig og familieretta behandling framheva som verdifullt. Ein klinisk implikasjon synast å vera å verne om slike tilbod i framtida. Når det romantiske forholdet har tatt slutt, framstår det

som at foreldra har behov for bistand til å vurdere og legge til rette for forsvarleg samvær. Dette synast å stå i direkte samanheng med det tærande ansvaret dei opplever å ha åleine, og som potensielt bidrar til å svekke helsa deira. Behovet kan også vera eit resultat av erfaringar med offentlege instansar, då foreldra skildrar at møta har vore prega av å bli avvist, ignorert eller å få fleire oppgåver. Kva som er årsaken til at dette skjer, vil vera både samansett og avhengig av type tilbod. Til dømes er det nærliggande å anta at fastlege-tenesta med sine kapasitetsproblem vil yte mindre god omsorg i slike komplekse og langvarige saker. At nokre foreldre har opplevd at barneverntenesta forverrar situasjonen, kan anten tyde på enkeltepisodar som var personavhengige, eller at det er gjennomgåande at denne gruppe foreldre ikkje er anerkjent med sine utfordringar og behov, og at det eventuelt ikkje føreligg tydeleg nok arbeidsmetode for å ta hand om gruppa. Vidare forskning kan undersøkje dette nærmare, og då avhengig av mandat og lovverk til respektive instansar.

Vidare delte nokre av foreldra kjenneteikn ved god støtte, noko som kan gje kunnskap om kva gruppa treng og drar nytte av. Dette kan vera verdifull kunnskap på tvers av hjelpeinstansar, samt for privatpersonar, som også kan yte god sosial støtte. Kjenneteikn ved god hjelp, til dømes på arrangement i regi av LMS, var å få kunnskap, møte andre i same situasjon, å bli lytta til, å ikkje føle seg åleine, å ikkje bli dømt og å kunne drøfte problemstillingar. Dette samsvarer med at sosial støtte kan ha mange former, samt ha avgjerande effekt på dei pårørande si helse (Orford et al., 2010a). I tillegg til offentlig involvering vil også privat sosial støtte ha potensial til å bidra positivt. Privat sosial støtte var i liten grad eit tema i denne studien, då foreldra hadde mest å seie om møta med offentlege instansar. Dette kan undersøkast i vidare studiar.

Styrkar og svakheiter ved studien

Ettersom datamaterialet byggjer på eit fokusgruppeintervju med kun fire personar kan ein i liten grad generalisere resultatane. Til dømes vil helsepersonell ha varierende kompetanse, og det vil variere kva for tilbod dei ulike regionane i landet har. Ein annan svakheit med fokusgruppeintervju er at visse tema kan få for mykje merksemd, mens andre viktige aspekt blir neglisjert ved at enkeltindivid kan dominere samtalen, eller at det er krevjande å seie imot. Deltakarane er rekruttert frå LMS og vil difor ytre eit hjelpebehov. Ein veit ikkje om dette kan overførast til dei som ikkje nyttar seg av LMS eller liknande, på nasjonal basis. Ein kan dessutan anta at denne gruppa foreldre også kan ha gode opplevingar i relasjonen til (eks)partnar, til

tross for at deltakarane la vekt på aspekta som ikkje fungerer.

Samstundes er ei relativt lita datakjelde ein styrke ved fokusgruppeintervju som metode, der det sentrale er å samle ei gruppe med noko til felles for å dra nytte av deira subjektive erfaringar. Det er ikkje mindre sannsynleg at skildringane er representative for ein betydeleg andel, noko som på si side framhevar behov for meir kunnskap om gruppa og tilgang på støttetiltak. Sjølv om resultatane ikkje er mogleg å generalisere, kan dei bidra til ei auka forståing for korleis det opplevast å ha felles barn med nokon med rusmiddelproblem. Denne forståinga kan også overførast til andre kontekstar.

Konklusjon

Denne pilotstudien har utforska kva som kan kjenneteikne opplevinga av å ha felles barn med ein person med rusmiddelproblem. Vidare studiar burde inkludere fleire deltakarar for å undersøkje funna i ein større skala, ta høgde for forskjellige mandat og geografiske skilnader i hjelpetilbod, samt undersøkje opplevingar av privat støtte og korleis dette påverkar dei pårørande si helse og påfølgande behov for hjelp. Det synast også hensiktsmessig å spesifikt undersøkje forvaltninga av barnelova og barnevernloven, særleg skjeringpunktet mellom desse, og eventuelle systemiske og organisatoriske manglar som svekker oppfølginga av desse sårbare familiane. Resultatane her viser at opplevinga *kan* vera kjenneteikna av ei omfattande og tærande belastning som potensielt fører til svekka psykisk og fysisk helse. Særleg opplever foreldra det som tyngande å stå ansvarlege for å vurdere forsvarleg samvær og å bli bedd om å kompensere for den andre forelderen. Nokre rapporterer tydeleg mangel på bistand eller ei offentlig involvering som forverrar situasjonen, medan det også blir skildra kjenneteikn ved god profesjonell bistand. Resultatane framhevar verdien av støttetiltak retta mot denne gruppa pårørande, samt behovet for vidare kunnskap om deira behov og utfordringar. ✕

Referansar

- Arcidiacono, C., Velleman, R., Procentese, F., Albanesi, C. & Sommantico, M. (2009). Impact and Coping in Italian Families of Drug and Alcohol Users. *Qualitative Research in Psychology*, 6(4), 260–280. <https://doi.org/10.1080/14780880802182263>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/14778088706qp063oa>

- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2013). *Forholdet mellom barnevernloven og barneloven*. Regjeringen.no.
- Barnelova. (1982). *Lov om barn og foreldre*. (LOV-1981-04-08-7). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7?q=barnelova>
- Barnevernloven. (1993). *Lov om barneverntjenester*. (LOV-1992-07-17-100). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=barnevernloven>
- Dilshad, R. M. & Latif, M. I. (2013). Focus group interview as a tool for qualitative research: An analysis. *Pakistan Journal of Social Sciences (PJSS)*, 33(1).
- Hedley, T. E. M. (2018). *(Eks)partnere som har felles barn med rusavhengige: hvilke psykososiale belastninger har de og hvordan kan de som pårørende ivareta bedre av hjelpeapparatet?* [Hovudoppgåve] NTNU. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2588598/Hedley%2c%20Thea%20Eva-Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hoel, T. L. & Geirdal, A. Ø. (2017). Belastning, mestring og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelse. *Sykepleien Forskning*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59839>
- Høie, M. M. & Sjøberg, B. M. D. (2007). Del 3 Kan man forstå det som skjer? I M. M. Høie & B. M. D. Sjøberg (red.), *Forbannede elskede barn. Narkotikamisbruk sett i lys av pårørendes erfaringer* (s. 111–135). Cappelen Akademisk Forlag.
- Høydal, M. O. (2019). *Opplevinga av å vera pårørande til ein rusavhengig* [Hovudoppgåve] NTNU. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2612409/Hoydal%2C%20Marita%20Orseth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Friedman, M. J., Ruscio, A. M., Karam, E. G., Shahly, V., Stein, D. J., Hill, E. D., Petukhova, M., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M. C., Borges, G., Girolamo, G., Graff, R., Demyttenaere, K., Florescu, S. E., Mladenova, Posada-Villa, Scott, K. M., Takeshima, T. & Kessler, R. C. (2015). Subthreshold post-traumatic stress disorder in the world health organization world mental health surveys. *Biological psychiatry*, 77(4), 375384. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.03.028>
- Nordlie, E. (2003). Alkoholmisbruk – hvilke konsekvenser har det for familiemedlemmene? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123, 52–54. <https://tidsskriftet.no/2003/01/tema-alkohol/alkoholmisbruk-hvilke-konsekvenser-hardet-familiemedlemmene>
- Orford, J., Copello, A., Velleman, R. & Templeton, L. (2010a). Family Members Affected by a Close Relative's Addiction: The stress-strain-coping-support-model. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(S1), 36–43. <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.514801>
- Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L. & Ibanga, A. (2010b). The Experiences of Affected Family Members: A Summary of Two Decades of Qualitative Research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(sup1), 44–62. <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.514192>
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. *Personality and social psychology review*, 6(1), 2–30. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_1
- Templeton, L. J., Zohhadi, S. E. & Velleman, R. D. (2007). Working with family members in specialist drug and alcohol services: Findings from a feasibility study. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 14(2), 137–150. <https://doi.org/10.1080/09687630600901123>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of Diseases and Related Health Problems* (1. utg.; ICD-11).



Sosiale forskjeller har økt blant ungdom

Etter nedstenging og pandemi har forskjellene mellom unge økt. Ungdommer fra hjem med dårligere råd har opplevd en større økning i psykiske plager.

En studie ledet av forsker Tilmann von Soest ved Universitetet i Oslo har undersøkt hvordan ungdom har hatt det før og under covid-19-pandemien.

Over 200 000 ungdommer deltok i studien som nylig er publisert i det vitenskapelige tidsskriftet *Nature Human Behaviour*. Forskerne har undersøkt en rekke aspekter ved ungdommenes liv, inkludert depressive symptomer, skjermbruk og alkohol- og stoffmisbruk. Ungdommer som hadde foreldre med lavere utdanning og rapporterte mer opplevd fattigdom, hadde en større økning i depressive symptomer og ensomhet. I tillegg trente de mindre og fikk dårligere forhold til foreldrene sine sammenlignet med andre ungdommer.

Dette peker på at ungdom fra lavere sosioøkonomisk bakgrunn er mer påvirket av pandemien, ikke bare på et økonomisk nivå, men også på flere psykososiale områder.

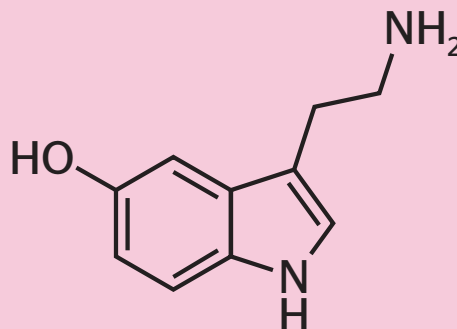
Generelt var trenden at depressive symptomer og tidsbruk foran skjerm økte blant alle ungdommer. Og ungdommene rapporterte mindre optimistiske tanker om fremtiden sammenlignet med tidligere. Jenter og yngre ungdommer var mer påvirket av pandemien sammenlignet med gutter og eldre ungdommer.

En positiv trend var imidlertid at alkoholbruk og cannabisbruk gikk ned under pandemien.

Studien er gjennomført ved forskningscenteret Promenta ved Universitetet i Oslo. Datainnsamlingen strekker seg tilbake til 2014 og bruker tall fra Ungdata-undersøkelsen.

REFERANSE

Von Soest, T., Kozák, M., Rodríguez-Cano, R., Fluit, D. H., Cortés-García, L., Ulset, V. S., Haghish, E. F. & Bakken, A. (2022). Adolescents' psychosocial well-being one year after the outbreak of the COVID-19 pandemic in Norway. *Nature Human Behaviour*, 6(2), 217-228. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01255-w>



Avkrefter serotoninhypotesen

Det finnes ingen tydelig evidens for at det er en assosiasjon mellom serotonin og depresjon, viser en ny studie.

I en systematisk gjennomgangsartikkel publisert i *Molecular Psychiatry* viser forskerne at evidensen som foreligg, ikke er tilstrekkelig til å understøtte hypotesen om at depresjon er forårsaket av lavere serotoninaktivitet eller -konsentrasjon i hjernen. Noe av de syntetiserte resultatene var overens med antagelsen om at bruk av antidepressiver over tid reduserer konsentrasjonen av serotonin, noe som er motsatt av effekten i den akutte fasen.

Antagelsen om at depresjon skyldes ubalanse i hjernens kjemiske sammensetninger, har vært betydningsfull gjennom flere tiår. Spesielt mye oppmerksomhet har vært rettet mot betydningen av signalstoffet serotonin, hvor den første assosiasjonen mellom serotonin og depresjon ble foreslått på 1960-tallet. Denne assosiasjonen er spesielt viktig for den berettigede bruken av antidepressiver som er spesielt utviklet for å påvirke opptaket av serotonin. Forskerne innleder med å poengtere at undersøkelser viser at omtrent 80 % av den generelle befolkningen tror på at det er vitenskapelig etablert at depresjon er forårsaket av «kjemisk ubalanse».

17 studier var inkludert i artikkelen, hvorav 12 av disse var systematiske studier og meta-analyser. I sin konklusjon oppsummerer forskerne at mengden av studier og forskning som er gjennomført på grunnlag av serotoninhypotesen, ikke har produsert overbevisende resultater som kan peke i retning av en biokjemisk årsak til depresjon. Dette i likhet med forskning som er gjort på en rekke biologiske markører, poengterer artikkelforfatterne.

REFERANSE

Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P. & Horowitz, M. A. (2022). The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*.



FAGESSAY

Den økologiske krisen i psykologien

Den økologiske krisen finnes som en felles ytre ramme for våre liv, og samtidig som unike og ofte usynlige og smertefulle indre erfaringer. Kanskje kan vi invitere den inn i faget vårt.

TEKST

Lina Søreide Slåttå

KONTAKT

lina.soreide@gmail.com

MERKNAD

Pasienthistorien er anonymisert og kan ikke knyttes til personen det gjelder.

I OKTOBER 2020 spurte Klimautvalget (Psykologtidsskriftet, 2020) Facebook-gruppa for psykologer og psykologstudenter om hvorfor og hvordan vi skal bidra i møte med klimaendringene. Svarene som kom, støttet arbeidet med å utforme foreningens klimaregnskap, men vektla samtidig at det er lite psykologer kan og bør gjøre i klinikk og politikk, annet enn å skape håp og å «senke temperaturen i rommet». Sistnevnte kommentar var trolig en velment spøk, men jeg mener den likevel illustrerer det som

tilsynelatende er en dominerende posisjon i vår profesjon i dag, hvorfra klimaendringer og naturtap ligger utenfor vår horisont. På hvilket grunnlag skal vi fortsette å skape håp i terapierommet, i en verden som faktisk blir varmere?

«JEG ER EN JÆVLA DRITTUNGE!»

For ti år siden møtte jeg ei jente i tenårene som var akuttinnlagt etter et alvorlig selvmordsforsøk. Jeg var sommervikar på en døgnavdeling, og ble spurt om å ta en prat med henne fordi

hun ville møte noen yngre enn de faste miljøterapeutene. Vendt mot vinduet på rommet sitt strømmet ordene hennes omtrent slik: «Hva er meningen med at jeg skal være her? Jeg har jo allerede tatt for mye. Hver kalori jeg spiser, ødelegger. Jeg er en jævla drittunge i oljelandet!»

Ordene og kraften i stemmen traff meg. Siden da har jeg søkt etter en samtale blant psykologer som tar på alvor kompleksiteten i dette møtet – hennes livshistorie og tilstand, det relasjonelle sprengstoffet, men *også* vår felles historie preget av en reell økologisk krise, forårsaket av et kollektivt overforbruk i vår del av verden. Den sjette og siste delrapporten fra FNs klimapanel (IPCC, 2022) slår fast at nåtidige og fremtidige klimaendringer utvetydig henger sammen med menneskelig aktivitet og klimagassutslipp, og at den samtidig er og må forstås som en naturkrise. Den krever en storstilt endring i mengde og type energi vi hver dag forbruker, og i måten vi forvalter naturen på, spiser, dyrker, bygger, skoger, reiser og kler oss. Den økologiske krisen er samtidig en sosial og medmenneskelig krise. UNICEF (2021) rapporterer at den i dag truer livet til 1 milliard barn verden over, og at 99 prosent av hele jordas barnebefolkning er utsatt for minst én klimatrussel akkurat nå. Et nylig orienteringsdokument fra forskere ved Imperial College London oppsummerer det vi vet om effekten av klimaendringene på psykisk helse og livskvalitet (Lawrance et al., 2021). De finner ulike og sammensatte sammenhenger. Blant funnene er en tydelig korrelasjon mellom økende lokale temperaturer og klimaendringer og selvmordsrate i de spesifikke områdene, at mennesker som møter kriteriene for psykisk lidelse, er mer sårbare for effektene klimaendringene har på fysisk og psykisk helse, samt at klimaendringene øker psykiske plager som angst og depresjon, spesielt hos unge mennesker – også når de *ikke er direkte berørt*, slik som jenta på akuttposten.

EN FAMLLENDE HÅNDSREKNING

Denne teksten er en famlende håndsrekning, rettet mot og til mine psykologkollegaer, for å møte jentas invitasjon og det innledende spørsmålet om psykologiens grunnlag for å skape håp i en økende klimakrise. Blikket er vendt mot psykologien som forståelse og praksis, fordi klimaendringer og ødeleggelse av natur hver dag skjer som resultat av kulturelle og økonomiske systemer vi er en del av, og som psy-

kologien står i et gjensidig påvirkningsforhold til (Ekeland, 2009; Hollway et al., 2022; Madsen, 2009, 2010). Psykologispråket har definisjonsmakt og bidrar til å forme det normative i kulturen (Madsen, 2010; Nafstad, 2004). Som normativ vitenskap hevder filosof Tor-Johan Ekeland (2009) at psykologien ikke bare må vurderes ut fra hva den *er*, men også ut fra hva den *gjør*. Det er derfor grunn til å se på psykologiens handlinger i møte med jenta og den økologiske krisen.

Psykologiens handlinger

Økopsykologien stiller her med et kritisk blikk på utviklingen innen moderne psykologi (Fischer, 2013; Hollway et al., 2022; Roszak, 2001; Roszak, Gomes & Kanner, 1995; Stoknes, 1994). Den utfordrer oss til å åpne opp muligheten for at den økologiske krisen ikke bare er noe *utenfor* psykologien som vår psykologikunnskap bør bidra til å løse (se Ekelund, 2022 for en nylig oversikt over viktige påvirkningsmuligheter), men at den også finner sted *i* psykologien, som en slags indre økologisk krise i faget. Den jungianske analytikeren James Hillman skriver i forordet til boka *Ecopsychology* (Roszak et al., 1995, s xxii): «Psychology, so dedicated to awakening human consciousness, needs to wake itself up to one of the most ancient human truths: we cannot be studied or cured apart from the planet.» Dette er på linje med andre stemmer (Cushman, 1990, 2007; Ekeland, 2009; Hollway et al., 2022; Madsen, 2009, 2010; Skår et al., 2012) som viser hvordan vestlig psykologi risikerer å bli fanget i og forsterke en individualisme, hvor mennesket er, og bør være, autonomt og upåvirket i relasjon til andre, naturen og sosiale forhold. Det er denne individualismen Charles Taylor (2019) karakteriserer som preget av en banal autenticitet, hvor individuell valgfrihet og realisering er det moralske imperativet, *uavhengig* av valgets innhold og konsekvenser. Den økopsykologiske oppfordringen handler derimot om å anerkjenne de relasjonelle og økologiske båndene mennesket lever sitt liv i rammen av: Vi er sammenvevde med hverandre og naturen på måter som både er felles og individuelle; det går tråder mellom vårt sinn og den naturen som omgir oss, og helt konkret gir oss mulighet til å «være psykologi» (Sverdrup-Thygeson, 2020). Menneskets natur, som et avhengig og sårbart liv, utgjør menneskets eksistensielle situasjon i verden. Få har beskrevet dette med samme



... klimaendringene øker psykiske plager som angst og depresjon





Vi trenger
å forestille
oss hva
psykologi
er og kan
være, på
nytt

enkelhet og dybde som Donald F. Winnicott (2002): «There is no such thing as a baby. Only a mother and a baby.» Og her kan vi med økopsykologien utvide med at rundt barnet og omsorgsgiver finnes en familie, et lokalmiljø, et samfunn og en natur, både nærnaturen og større natursystemer som påvirker lufta, temperatur og vær. Det er denne grunnleggende sårbarheten eksistensfilosofen Emmanuel Levinas (2000) gir stemme i sine beskrivelser av menneskets grunnvilkår som *utgitt til hverandre*. Vi er hverandres gisler (Levinas, 2000), og bærer til enhver tid noe av den andres liv i våre hender (Løgstrup, 2010). Ifølge økopsykologien gjelder dette også overfor naturen. Frihet som eksistensvilkår er her ikke gyldig i et økologisk vakuum (Slåttå & Madsen, 2014). Økopsykologien utgjør en bevegelse fra en slags frihet *fra* relasjonelle eller økologiske grenser til en form for medfrihet og en frihet *til* begrensning og relasjonell betydning og sårbarhet.

Økopsykologien er ikke integrert på profesjonsutdanningen slik oppbyggingen ser ut på nettsidene til de ulike institusjonene. Naturen, som mennesket er en del av, er ikke tatt inn i psykologiens menneskesyn slik den kommer til uttrykk i dominerende perspektiver (Slåttå, 2014; Slåttå & Madsen, 2014). Det psykologien ikke gir plass, er det strevsomt å få øye på og gi gyldighet, i oss selv, pasientene og i politikk. Ny leder i Klimautvalget, Bjørn Ekelund (2022), beskriver i marsutgaven 2020 at det i dag nettopp er få uttrykk for at klimaendringene og naturtap er tatt inn i norske psykologers rolleforståelse. Også internasjonalt er forskning på psykologiske og emosjonelle årsaker til og effekter av den økologiske krisen et neglisjert område, med stort behov for økt oppmerksomhet, både akademisk og politisk (Lawrance et al., 2021). Flere britiske og amerikanske psykologer (Hollway et al., 2022, Orange, 2017; Weintrobe, 2022) har løftet frem det økopsykologiske tankegodset og beskrevet et behov for å gjenskape (reimagine) moderne psykologi og psykoanalyse i et øko-psyko-sosialt landskap. Vi trenger å *forestille* oss hva psykologi er og kan være, på nytt.

Kan hende ligger en begynnelse på dette arbeidet i pensumet i faget samfunnspsykologi ved profesjonsstudiet i Oslo, og boka *Critical Community Psychology – Critical Action and Social Change* (Kagan et al., 2019). Den tematiserer *the environmental crisis* og hvordan psykologer kan og bør bidra i samfunnsrettet og

naturbyggende arbeid, fordi psykisk helse skapes i en større sosial og økologisk kontekst. Psykoanalytiker Sally Weintrobe (2022, s. 108) løfter frem alvoret og håpet i psykologiens og psykoologens indre forestillingsarbeid og handlinger: «...what is really at stake, if we dig deeper, is the very viability of the caring, loving, ecologically embedded part of the self and the group.»

ET MØTE MED OSS SELV

Å ta inn naturtap og klimaendringer i terapi er å åpne for egen sårbarhet og setter oss i samme båt som pasienten. Den økologiske krisen berører også vår samvittighet og skyldfølelse, eller det som blir kalt både økologisk skyld (Jensen, 2019) og skandinaviske skyldfølelser (Oxfeldt, 2016). Voksne psykologer i Norge representerer en gruppe som lever godt på bekostning av mulighetene for gode liv andre steder i verden og i tiden fremover. Slik sett kan metaforen «i samme båt» komme til kort; noen av oss sitter i tryggere båter enn andre, både historisk og geografisk. Jenta på akuttposten blir en påminner om at ethvert pasientmøte i aller høyeste grad også er et grunnleggende og etisk møte med oss selv.

En fortrent natur

Fra et økopsykologisk perspektiv er det mulig å forstå den økologiske krisen og psykiske lidelser som uttrykk for noe felles. De er tilstander hvor vi har fortrent vår egen natur og sårbarhet, og avhengighetsbåndene som holder oss selv og andre oppe. Noe lignende sa den østerrikske psykoanalytikeren, Wilhelm Reich (1973) allerede på 40–50-tallet, da han løftet frem en emosjonell blokkering mellom mennesket og naturen. Han vektla egenskaper ved mennesket som roter det *i* naturen, mer enn det som skiller mennesket *fra* naturen. Økopsykologien øver kritikk mot individualismen og dens avtrykk i psykologien for å underbygge en kultur som møter naturen som om den burde bestå, uavhengig av ytre påvirkning, og fleksibelt kunne tilpasse og endre seg. Med eksistensfilosofen Martin Bubers terminologi møter vi naturen som et Det, et slags dødt objekt, i motsetning til et Du (Buber, 1967; 2003). Et Du favner både en felles sårbarhet og en samtidig radikal forskjellighet fra oss selv, som «noe annet» vi må bli kjent med for å vite noe om. Med natur mener jeg her både den ytre naturen som holder rundt og holder liv i mennesket, i form av insekter, bær, skog og dyreliv, havet, elva og molden,

men også den indre menneskenaturen og vår egen sårbare kropp, som kan invaderes, krenkes og utmattes. Jeg lurer på om det foregår en slags parallell rovdrift på og standardisering av både den indre og ytre natur, fordi det sårbare er fortrenget. Da er det mye vi må legge dødt i oss selv for å skjule det sensitive, reaktive, myke og omsorgsfulle. Enten vi er ei jente på akuttposten eller psykologen hun møter.

Forfatter av boka *Ungdommens transformasjoner*, psykolog Per Are Løkke (2021), beskriver hvordan raseringen av den menneskelige økologi skjer parallelt med raseringen av naturen, og viser til påfallende likheter i det instrumentelle språket som brukes i politiske handlingsplaner om både ungdom og natur. Ungdom er her ressurser som bør tilpasses samfunnet og fremtiden. Sosialantropolog og forfatter av *Jordboka* (2019), Dag Jørund Lønning, viser som en tankevekkende parallell hvordan jordbruket over de siste tiårene har behandlet den levende molden som noe dødt og tomt, som kan og bør tilføres stoffer og behandling utenfra for å effektivt produsere lønnsom avling. Som en slags selvoppfyllende profeti har vi endt opp med å utarme jorda. Det ligger et slags paradoks i dette: Naturen og vi selv (våre barn, våre relasjoner og vårt sexliv) blir satt i høysetet som steder å foredle og forbedre i tråd med kulturelle normer for produktivitet, lykke, helse og utseende, men uten rom for noe hellig, i betydningen noe å lytte til og forstå, som noe levende og skapende i seg selv. Med filosofen Gabriel Marcel's distinksjon møter vi naturen, fenomener og oss selv i økende grad som standardiserte problemer som skal løses, og ikke som unike, stedbundne mysterier å gå inn i for å være og forstå (Kolstad et al., 1991).

Et annet parallelt uttrykk for et økende press på naturen er den forsvunne leken for 5- og 6-åringene som møter opp på skolen hvert år (Frøseth, 2016; Ridar & Ertesvåg, 2018). Samfunnsviter og forfatter Arne Klyve (2016) beskriver skolen som vår tids største arena for anerkjennelse og krenkelse. Krenkelsen øker i omfang når det emosjonelle og strukturelle rommet for individualitet, lek, bevegelse og hvile minker. Her mener jeg det kan oppstå et forvirrende og smertefullt gap, hvor «vær deg selv» blir et mantra mer enn en mulighet, og hvor det underliggende budskapet oftere er «klar deg selv». Det er en form for individualisme uten plass til sårbarhet og individualitet, slik Vetlesen skriver det (2009). At barn og ungdom velger skolefravær, kan dermed også forstås som et legitimt opprør mot stadige nederlag og undertrykkelse av naturlige behov, og slik sett henge sammen med de unges kraftfulle skolestreiker for klima og natur.

Gjennom naturens respons på vår utnyttelse og grenseoverskridelser – den lar seg ikke enkelt forme i vårt bilde og til vårt forbruk – får vi en mulighet til å se den andres sårbarhet og radikale forskjellighet. Det fortrenget innhenter oss i den økologiske krisen, som både stille og stormende viser oss våre egne og naturens sammenvevde og sårbare liv.

EN INVITASJON

Slik det også ble vektlagt i responsen på Facebook, har jeg hørt at psykologer må være håpsbærere i terapi. I møte med jenta og en livstruende økologisk krise strever jeg med å gi dette terapeutiske aspektet form på en måte som kjennes sann. Den danske teologen og bioetiker Mickey Gjerris (i Bjørklyhaug & Vetlesen, 2020) mener at samtidens naturstridige handlinger, per se, er håpløse, tomme for håp. Det ligger ikke et grunnlag for håp innenfor den tenkningen som opprettholder rovdriften. Bjørklyhaug og Vetlesen (2020) advarer i sin bok *Det går til helvete, eller?* mot et

naivt håp i møte med uro, sorg og raseri i natur- og klimakrisens tid. Jeg gjør meg tanker om at et individualisert håp, som noe vi skal få til hver for oss, øker avstanden til hverandre og naturen. Den økologiske krisen puster liv i og anerkjenner behovet for et språk hvor vi bærer og møter indre erfaringer sammen. Da er ikke håp en ting inni meg eller deg, prisgitt personlig overbevisning eller en privilegert immunitet fra klimaendringenes katastrofale konsekvenser, men noe vi *gjør* og kan skape sammen. Kaethe Weingarten (2007), psykolog, familierapeut og grunnlegger av the Witnessing Project, vektlegger håpet som et verb i uttrykket «doing hope». Hun viser også hvordan håpet kan innebære fortvilelse (s. 21): «...hopeful people, as opposed to optimistic ones, may also feel despairing. As long as despair doesn't descend into isolation, devolve into indifference or foster hatred, it is just another feeling that may accompany us along the way.» På samme måte som andre erfaringer i møte med klimakrisa og tapt natur, enten det er en uro, en sorg eller et sinne, som alle kompliseres av at vi *både* er den redde, den sørgende, den krenkede og den skyldige, trenger vi å bære håp i fellesskap, for å ikke overveldes og gjøre apatien til en nødvendig beskyttelse. Robert Stolorow (i Orange, 2017, s. 19) understreker det potensielt traumatiserende og paralyserende i den økologiske krisen, som vi derfor har gode psykologiske grunner til å unngå, og viktigheten av å likevel møte angsten og hverandre: «...in turning away from the extreme dangers, we contribute to the coming to be of the horrifying catastrophe we are evading (...) We must face up to our apocalyptic anxiety (...) Such facing up requires that we open a far-reaching emotional dialogue in which the Angst can be *collectively* held and borne.»

Den økologiske krisen representerer dermed en konkret invitasjon til noe annet enn individualisme. Den økologiske tilstanden inviterer til tilhørighet, ansvar og betydning i møte med hverandre og naturen. Kanskje var det dette jeg kunne åpne for og invitere akuttpostjenta inn i? Eller, kan hende var det *hun* som inviterte *meg*. Derrida (1999, s. 41) gir erfaringsnære ord til undringen: «The one who invites is invited by the one whom he invites.» Psykoanalytiker og filosof Donna M. Orange (2017, s. 120) beskriver hvordan invitasjoner kan gi oss en håndrekning, både i møte med jenta og den økologiske krisen: «My welcome creates the possibility that the other may welcome me into her world of loss, confu- >>



Den økologiske krisen representerer dermed en konkret invitasjon til noe annet enn individualisme

sion, the devastation. The welcomer becomes the one who may be welcomed as a lost and wandering stranger (...) Any home we seem to possess turns out to be our common home, the one we have been mindlessly destroying.»

TRO, HÅP OG KJÆRLIGHET

Jeg kommer til å tenke på håpet slik det står innfelt i det som trolig er et av de mest siterte versene, i en av de mest siterte bøkene i verden (1. Kor 13:13): «Så blir de stående disse tre: tro, håp og kjærlighet. Men størst av dem er kjærligheten.» Hvor hult det kan lyde, fordi vi har hørt det så mange ganger før, leser jeg det som en overlevert visdom hvor håpet alltid er *betinget* kjærligheten som jordsmonn. «Without love and rage, no hope», skriver frigjøringspedagogen Paulo Freire (2014). Forfatter og filosof Iris Murdoch (i Vetlesen & Bjørklyhaug, 2020) beskriver kjærlighet som *den uhyre vanskelige erkjennelsen av at noe annet enn en selv er virkelig*. Å la den andre finnes som et Du er et krevende og livslangt arbeid. I Murdoch's tenkning er ikke det gode nødvendigvis knyttet til valg, men til å være oppmerksom – på andre, på verden og på hvordan situasjoner kaller på vår handling. Å elske blir en slags selvforگlemmelse, forankret i en kontakt med egen og andres sårbarhet.

Ordet kjærlighet var et ikke-ord på profesjonsutdanningen, med unntak av etikkundervisningen om de grenseoverskridelser som ikke skal skje i terapi. Et innsiktsfullt fagessay tilbake i 2004 (Østberg, 2004) tematiserer terapeutens ofte stille og non-verbale kjærlighet for pasienten som en avgjørende og helende, men langt fra ukomplisert, kraft i terapi som i liten grad omtales og forskes på. Østberg etterspør en dreining i profesjonsutdanningen med rom for dybden, nyansene og det krevende terapeutiske arbeidet kjærlighet i terapi er. Essayet viser også til at tausheten rundt temaet kan handle om at kjærlighet til pasienten, i likhet med den økologiske krisen i terapi, strekker seg *utover* terapirommet og inn i det personlige livet til terapeuten.

Jeg gjør meg tanker om at et slags kjærlighetsløst vokabular er en del av årsaken til og opprettholdende for den økologiske krisen i psykologien, hvor avstanden til naturen, både den ytre og den indre, øker gjennom ordene vi bruker. Jeg erfarer et lengselsrop etter de levende og jordnære ordene i faget vårt: føde, visne, tenne, elske, mold, røtter, smelte, skjelve, spire, bære, svikte, holde, skape, jeg og du og vi ...

EN MULIGHET

Noen har fortalt meg at et godt tegn på at en terapi har vært virksom, er at *terapeuten* har endret seg. Bare ved en deling av noe pasienten før bar alene, oppstår en terapi, der terapeuten lar seg bevege og løfter pasientens erfaring og stemme inn i fellesskapet og verden igjen (Siiralla, 1989). Det finnes en mulighet for at vi i møte med jenta på akuttposten og den økologiske krisen kan erfare og gjøre håpefulle endringer, i oss selv og faget vårt, hver for oss, sammen. ✕

REFERANSER

- Buber, M. (2003). *Jeg og Du*. De norske bokklubbene. Originalutgaven utgitt i 1923.
 Buber, M. (1967). *Skyld og skyldfølelse*. Minerva Forlag.
 Bjørklyhaug, K. I. & Vetlesen, A.J. (2020). *Det går til helvete. Eller? Om kjærlighet, sorg og raseri i natur- og klimakrisens tid*. Dinamo forlag.

- Cushman, P. (1990). Why the Self is Empty: Toward a Historically Situated Psychology. *American Psychologist*, 45(5), 599–611.
- Cushman, P. (2007). A Burning World, an Absent God: Midrash, Hermeneutics, and Relational Psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis*, 41, 399–417.
- Derrida, J. (1999). *Adieu to Emmanuel Levinas*. Stanford University Press.
- Ekeland, T.-J. (2009). Psykologi – den gode kunnskapen? I H. E. Nafstad & R. M. Blakar (Red.), *Fellesskap og individualisme* (s. 101–134). Gyldendal Akademisk.
- Ekelund, B. Z. (2022). Slik kan psykologer ta ansvar for klima. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59, 214–215.
- Fisher, A. (2013). *Radical Ecopsychology: Psychology in the Service of Life*. Suny Press.
- Freire, P. (2014). *Pedagogy of Hope. Reliving Pedagogy of the Oppressed*. Bloomsbury Publishing
- Frøseth, A.J. (2016, 12. mai). Er seksåringen blitt den nye sjuåringen i skolen? *Utdanningsnytt*. <https://www.utdanningsnytt.no/er-seksaringen-blitt-den-nye-sjuaringen-i-skolen/144971>
- Hollway, W., Hoggett, P., Robertson, C., & Weintrobe, S. (2022). *Climate Psychology. A matter of Life and Death*. Phoenix Publishing House.
- IPCC, 2022: *Climate Change 2022: Mitigation of Climate Change. Contribution of Working Group III to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change* [P.R. Shukla, J. Skea, R. Slade, A. Al Khouradajie, R. van Diemen, D. McCollum, M. Pathak, S. Some, P. Vyas, R. Fradera, M. Belkacemi, A. Hasija, G. Lisboa, S. Luz, J. Malley, (eds.)]. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009157926>
- Jensen, T. (2019). *Ecologies of Guilt in Environmental Rhetorics*. Palgrave Studies in Media and Environmental Communication. https://doi.org/10.1007/978-3-030-05651-3_1
- Kagan, C., Burton, M., Duckett, P., Lawthom, R., & Siddiquee, A. (2019). *Critical Community Psychology. Critical Action and Social Change*. Routledge.
- Klyve, A. (2016). *Unge, sinte, villfarne menn. Vårt medansvar*. Fagbokforlaget.
- Kolstad, H., Langslet, L.R. & Aarnes, A. (1991). *Gabriel Marcel. Mysteriets tenker*. Aventura.
- Lawrance, E., Thompson, R., Fontana, G. & Jennings, N. (2021). *The impact of climate change on mental health and emotional wellbeing: current evidence and implications for policy and practice*. Imperial College London. Grantham Institute.
- Levinas, E. (2000). *God, Death, and Time*. Stanford University Press.
- Løgstrup, K. E. (2010). *Den etiske fordring* (4.utg). Forlaget Kim.
- Løkke, P. A. (2021). *Ungdommens transformasjoner. Ni essays for å forstå ungdomsfasen*. Gyldendal.
- Lønning, P. (2019). *Jordboka II. Inn i det kompostmoderne, nærare naturen*. Lønning Nyskaping.
- Madsen, O. J. (2010). *Den terapeutiske kultur*. Universitetsforlaget.
- Madsen, O. J. (2009). Psykologi, samfunn og etikk. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(2), 144–152.
- Nafstad, H. (red.). (2004). *Det omsorgsfulle mennesket: Et psykologisk alternativ*. Gyldendal Akademisk.
- Orange, D. M. (2017). *Climate Crisis, Psychoanalysis, and Radical Ethics*. Routledge.
- Oxfeldt, E. (2016). *Skandinaviske fortellinger om skyld og privilegier i en globaliserings-tid*. Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215028095-2016>
- Prilleltensky, I. (2008). The role of power in wellness, oppression, and liberation: The promise of psychological validity. *Journal of Community Psychology*, 38(2), 116–136. <https://doi.org/10.1002/jcop.20225>
- Psykologtidsskriftet. (2020, s. 845), vol 57. Klimakontroverser. Se også: <https://www.facebook.com/groups/358024607657495/posts/3190120074447920>
- Reich, W. (1973). *Ether, God and Devil* (2.utg). *Cosmic Superimposition* (2. utg). Farrar, Straus and Giroux. 1. utgave publisert i 1949 og 1951.
- Ridar, T. & Ertesvåg, F. (2018, 30. september). Barnepsykiatere slår alarm: Barn helt ned i førskolealder blir syke av stress. *VG (del av saken Skolesviket)*.
- Rozsak, T. (2001). *The Voice of the Earth: An Exploration of Ecopsychology* (2. utg). Phanes Press.
- Rozsak, T., Gomes, M. E. & Kanner, A. D. (red.). (1995). *Ecopsychology: Restoring the Earth, Healing the Mind*. Sierra Club Books.
- Siiralla, J. (1989). Fra forflytting til overføring. I S. Gilbert., S. Haugsgjerd & H. Hjort (Red.), *Livslinjer, psykiatri og humanisme. Festskrift til Endre Ugelstads 70 årsdag* (s. 65–87). Tano Aschehoug.
- Skår, S., Slåttå, L. S., Tørstad, R. & Kroken, S. T. (2012). Psykologiens og psykologens samfunnsperspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(5), 462–465.
- Slåttå, L. S., & Madsen, O. J. (2014). «Jeg svømmer alene»: En økopsykologisk utforskning av de endelige vilkår i eksistensiell psykoterapi. *Scandinavian Psychologist*, 1. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.1.e9>
- Slåttå, L.S. (2014). *Hjemlengsel – og hvordan en økologisk krise kan vise oss veien hjem igjen. En økopsykologisk utforskning av de endelige vilkår i eksistensiell psykoterapi*. Hovedoppgave. Psykologiske Institutt, Universitetet i Oslo. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/39410>
- Stoknes, P. E. (1994). *Økopsykologi: Fra et intrapsykisk selv til et økologisk Selv*. Hovedoppgave. Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo.
- Sverdrup-Thygeson, A. (2020). *På naturens skuldre. Hvordan ti millioner arter redder livet ditt*. Kagge Forlag.
- Taylor, C. (2019). *Autentisitetens etikk* (8.utg). Cappelen Akademisk: Cappelen upopulære skrifter.
- Unicef. (2021). *The Climate Crisis is a Child Rights Crisis: Introducing the Children's Climate Risk Index*. <https://www.unicef.org/reports/climate-crisis-child-rights-crisis>
- Vetlesen, A. J. (2009). Fellesskap i individualismens tidsalder. I H. E. Nafstad & R. M. Blakar (red.), *Fellesskap og individualisme* (s. 19–55). Gyldendal Akademisk.
- Vetlesen, A.J., & Bjørklyhaug, K.I. (2020, 11.06). Er økologisk sorg en form for kjærlighetssorg? *Morgenbladet*. <https://www.morgenbladet.no/ideer/kronikk/2020/06/11/er-okologisk-sorg-en-form-for-kjaerlighetssorg/>
- Weingarten, K. (2007). Hope in a time of global despair. I C. Flaskas, I. McCarthy & J. Sheehan (Red.), *Hope and despair in Narrative and Family Therapy* (s. 13–23). Routledge.
- Weintrobe, S. (2021). *The Roots of the Climate Crisis. Neoliberal exceptionalism and the culture of uncare*. Bloomsbury Academic USA.
- Winnicott, D. W. (2002). *Winnicott on the Child*. Perseus Publishing.
- Østberg, M. A. (2004). Kjærlighet i terapirelasjonen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41, 21–26.

Sanse- og bevegelsesrom (SMART) i behandling av utviklingstraumatiserte barn

De tradisjonelle behandlingsomgivelsene vi tilbyr barn og unge, baserer seg på «å kunne sitte og snakke om det». Når kroppen spinner, eller ordene ikke er der, kan behandling i sanse- og bevegelsesrom være mer hensiktsmessig.

TEKST Mari Kjørseth Bræin, Gry Sannem Hustad, Margot van Korlaar, Anette Thu Andersson

KONTAKT mari@traumepsykologi.no

MERKNAD

Kasusbeskrivelsene er anonymisert og vi har innhentet samtykke.

Nyere hjerneforskning antyder at alvorlig stress og belastninger fra tidlig alder kan medføre nevrologiske endringer i hjernen som gir økt risiko for en rekke ulike psykiske lidelser og andre helseplager (Teicher & Samson, 2016). De sammensatte vanskene kan komme til uttrykk som reguleringsvansker beskrevet som utviklingstraumer (van der Kolk, 2005; Courtois, 2004; Nordanger et al., 2011). Reguleringsvanskene innebærer også vansker med koordinering, balanse og orientering i tid og rom (Streeck-Fischer & van der Kolk, 2000). Overveldende opplevelser kan sette seg fast i kroppen som rask respons ved fare, mer enn klare og avgrensede minner som kan uttrykkes gjennom ord. Barn med utviklingstraumer kan virke umodne og ha en utviklingsalder som er langt lavere enn kronologisk alder skulle tilsi (Perry, 2006, 2008; Perry & Winfrey, 2021).

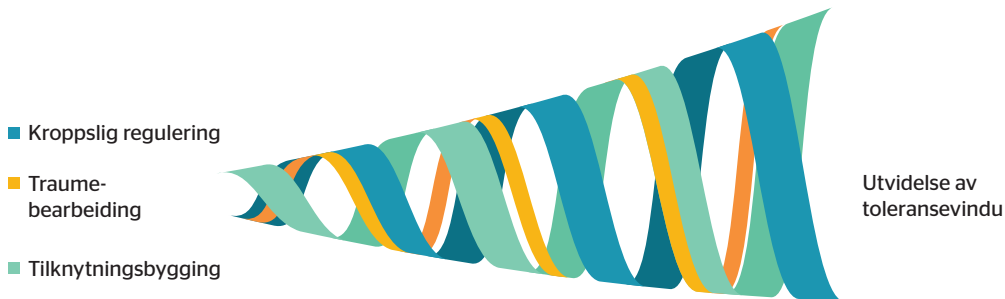
Vi kommer ofte til kort når det gjelder behandling for disse barna, og spesialisthelsetjenesten kritiseres for å ikke gi nødvendig hjelp (se Kaye, 2015; Barneombudet, 2018). Stort sett er behandlingsmetodene avhengig

av verbale ferdigheter, noe som kan være krevende for barn med utviklingstraumer. Kjente og anbefalte terapiformer for barn som EMDR, TF CBT og leketerapi krever evne til å symbolisere, sette ord på eller oppmerksomhetskapasitet som barn med reguleringsvansker strever med. Disse metodene har også vist seg mindre effektive jo mer komplekse vanskene er (retninglinjene fra International Society for Traumatic Stress, ISTSS, 2019).

Som behandlere på BUP er vi på jakt etter en tilnærming som kan hjelpe barn med utviklingstraumer bedre.

Trauma Center i Boston grunnlagt av Bessel van der Kolk har utviklet nye behandlingsmetoder for utviklingstraumatiserte barn. Med utgangspunkt i utviklingspsykologi, tilknytningsteori, traumeteori og sanseintegreringsteori har senteret etablert sanse- og bevegelsesrom der barna kan bevege seg, leke og uttrykke seg på ulike måter sammen med terapeuten og eventuelt omsorgsgivere. Her er det blant annet baller, store puter, vekttepper, balansebrett og husker tilgjengelig. Antakelsen er at

Figur 1
SMART-spiralen



Merknad. Figuren er gjengitt med tillatelse fra Warner et al., 2014.

sansomotoriske opplevelser kan virke «bottom up»-regulerende på nervesystemet slik at personen blir mer fleksibel i motoriske, emosjonelle, sosiale og kognitive responser (Warner et al., 2020). Tilnærmingen kalles Sensory Motor Arousal Regulation Treatment (SMART) og står på listen over lovende metoder i USA (National Registry of Evidence-Based and Promising Practices, 2016). SMART gir anledning til å jobbe med traumeprosessering på en rekke ulike måter, alt avhengig av barnets modning, preferanse og toleranse for de vonde temaene. Det kan være kroppslig lek, eller fysiske uttrykk, eller det kan være gjennom symbolsk lek og samtale/narrativ fortelling. Terapeuten deltar i leken, setter ord på det som skjer, utforsker følelser og utdyper handling. Målet er å skape mening og sammenheng på en måte som barnet tåler, og samtidig gi nye erfaringer med mestring, kontroll og relasjonell støtte. En pilotstudie (Warner & Spinnozola et al., 2014) fant signifikant større reduksjon av PTSD-symptomer, internaliserende symptomer og somatiske plager målt med CBCL og PTSD-RI, sammenliknet med kontrollgruppen som fikk annen behandling.

Våren 2019 etablerte BUP Asker det første SMART-rommet i Norge med støtte fra RVTS Øst. De siste årene er flere rom etablert, både i spesialisthelsetjenesten og i barneverntiltak. SMART-rommet er inviterende, barnevennlig og har blitt populært både blant behandlerne, omsorgspersonene og ikke minst barna. Artikkelen presenterer SMART-metoden, og vil drøfte potensialet for bruk i Norge.

SMART legger vekt på tre elementer, eller «tråder»: kroppslig regulering, traumepro-

sessering og tilknytningsbygging (se figur 1). I terapien jobbes det parallelt med disse «trådene» slik at barnet får hjelp til å utvide sitt toleransevindu (Siegel, 1999). Barn med utviklingstraumer strever med å regulere, endre og tåle egen tilstand. Et typisk behandlingsmål vil være at barnet kan være i og endre tilstand på en fleksibel måte som passer med situasjonen her og nå. I SMART jobber terapeuten og et barn med regulering her og nå i rommet, gjerne sammen med omsorgsgiver, alt etter hva som er mest hensiktsmessig. Dette er barn med komplekse utfordringer, som ofte trenger oppfølging over lengre tid med hjelp på ulike områder i livet (hjem, skole, fritid). Et tett samarbeid mellom tjenestene er nødvendig for å lykkes. SMART kan fungere som et «laboratorium» for å finne ut hva som kan hjelpe barnet til å fungere bedre i hverdagen.

KROPPSLIG REGULERING

Kroppslig regulering er selve ankeret i SMART-modellen og bygger på kunnskapen om sanserfaringers betydning for utvikling og samspill. Tidlige erfaringer med koregulering kan kalles for et «sansemotorisk bad» (Perry & Winfrey, 2021). Omsorgsgiver hjelper barnet med å finne roen med hele sin tilstedeværelse, gjennom bevegelse, berøring, lukt, stemme, rytme. Disse erfaringene blir gradvis internalisert, og barnet lærer å regulere egen tilstand. Neglekt og overgrep forstyrrer utviklingen (Harricharan, 2021). Mens neglekt er fravær av nødvendige erfaringer som gir utviklingsmessig næring, så kan overgrep forstyrre og forvirre sansemessige erfaringer. Når sansemotoriske system jobber godt sammen, gir det barnet en



SMART-ROMMET I SMART benyttes vekttepper, lycra og ulike baller for at barnet skal få erfare fysisk berøring med en distanse som gjør det trygt, skriver srtikkelforfatterne. Foto: Privat

kjerneopplevelse av her og nå, som er sentralt for utvikling av selvet (Bundy & Koomar, 2002; Lanius, 2021). I SMART er det særlig vekt på tre sanser som anses som spesielt viktige for tilstandsregulering og selvopplevelsen her og nå (Warner et al., 2020): den taktile sansen, vestibulærsansen og den proprioceptive sansen.

Den taktile sansen

For mange traumatiserte barn kan berøring være en trigger og assosieres med fare. Gradvis eksponering på områder av kroppen der berøring tåles, kan være en hjelp til bedre regulering. Dyp og moderat berøring er ofte nedregulerende, mens lett berøring vil for mange være aktiverende. I SMART benyttes vekttepper, lycra og ulike baller for at barnet skal få erfare fysisk berøring med en distanse som gjør det trygt.

Vestibulærsansen

Vestibulærsansen omtales som hjernens GPS. Den er viktig for opplevelsen av tyngdekraft, stabilitet og balanse (Lanius, 2021), og er sentral for å følge objekt, timing og rytme i sam-

spill, og for koordinering av kroppen og trygg bevegelse i rommet. Utviklingstraumatiserte barn kan streve med slike ferdigheter. SMART-rommet tilbyr aktiviteter som involverer vestibulærsansen. Ulike former for balansetrening (f.eks. balansebrett, balanseløyper) kan ha en sentrerende effekt. Lineær stimulering som å hoppe opp og ned eller gli frem og tilbake kan virke både opp- og nedregulerende. Mange av

”

Modellen er formet som en spiral, som gradvis åpner seg og utvider toleransevinduet slik at barnet blir mer fleksibelt i sine responser

barna vi møter i SMART-rommet, foretrekker å sitte eller ligge på huska. Det virker som om det gir dem en stimulering som gjør at det er lettere å komme i kontakt, eller berøre sensitive temaer.

Muskel- og leddsansen

Muskel- og leddsansen aktiveres i alle naturlige fysiske aktiviteter barnet holder på med, slik som klatring, krabbing, løping, løfting, hopping, dytting, bæring og rulling. Slike aktiviteter bidrar til en grunnleggende bevissthet om hvor kroppsdeler er i forhold til hverandre, og til den ytre verden. (Kandel et al., 2013). I SMART er det en rekke aktiviteter hvor barnet får brukt muskel- og leddsansen, f.eks. hoppe på fysioball eller trampoline, krabbe gjennom tunell, kaste seg inn i madrasser, klatre på oppblåsbar pute, dytte mot puter, turne eller løfte på ting i rommet.

SANSETILFREDSSTILLELSE

SMART tar utgangspunkt i at «all atferd har en årsak og at et barn som søker eller unngår sansning, ofte gjør det for å møte et nevrologisk behov» (Ayres, 1972). SMART-rommet kan fungere som et «laboratorium» hvor vi utforsker dette. Begrepet «*sansetilfredsstillelse*» (*sensory satiation*) betegner at barnet får tilfredsstilt sitt nevrologiske behov gjennom sansestimulering og dermed blir mer tilgjengelig for kontakt, læring og utvikling (Koomar, 2009). For å oppnå sansetilfredsstillelse må man justere varighet, hyppighet og intensitet ut fra hvordan sanseerfaringene virker på det enkelte barn. Når barnet oppnår sansetilfredsstillelse, vil det falle mer til ro, og bli mer tilgjengelig for kontakt.

TRAUMEPROSESSERING

I tradisjonell traumebehandling som TF-CBT og EMDR er traumeprosessering planlagt og styrt fra terapeutens side. I SMART er traumeprosessering i større grad styrt av barnet, og terapeutens oppgave er å fasilitere en naturlig og dynamisk prosess. Erfaringen er at traumetemaer dukker opp spontant, og at det virker som om kroppslig regulering gjør at det er lettere å nærme seg vonde temaer.

Tilstandsendring

Når traumetemaer dukker opp, endres ofte tilstanden hos barnet og de voksne i rommet. Det kan bli vanskeligere å få kontakt med barnet, og

rytmen i samspillet forsvinner. I SMART brukes begrepet «fluid zones», som er området i ytterkanten av toleransevinduet, eller i grenseområdet til dysregulering. Her er det høy eller lav aktivering hos barnet, men en viss relasjonell kontakt. Dette området fremheves som svært potent for terapeutisk endring, og det er her traumbearbeiding skjer. Terapeuten forsøker å gjenopprette kontakt, og vil da ha nytte av å kjenne til sanseinput som virker regulerende for akkurat dette barnet. En jente utsatt for store belastninger var tydelig underaktivert og mistet til tider kontakt med egne bein (kroppslig disosiering). Å ligge på en stor pute med vektteppe over seg mens terapeuten rullet en fysioball med pigger over beina, så ut til å hjelpe henne tilbake i toleransevinduet, og inn i kontakt med terapeuten. Slike erfaringer kan gi barn opplevelse av en fysisk trygghet som kan gi korrigerende erfaring slik at nye assosiasjoner blir knyttet til minnet.

Aktivisering av forsvarsrespons

Traumatisering handler ikke bare om å bli utsatt for overveldende erfaringer, men om forsvarsrespons som blir stoppet, og kroppslige reaksjoner som holdes tilbake og ikke kan uttrykkes (Ogden & Fisher, 2015; Levine, 2010). Dette kan sette seg fast som opplevelse av hjelpeløshet og mangel på kontroll. I SMART benytter vi fysisk aktivitet for å fremme aktive forsvarsrespons og mulighet til å kanalisere sterke følelser på en trygg måte. Gjennom kroppslig lek kan barnet få uttrykke hevnfantasier og redningsfantasier, og på denne måten kanskje få gjenopprettet en indre ubalanse.

TILKNYTNINGSBYGGING

Rytme og følelsesmessig nonverbal kommunikasjon er grunnlaget for trygghet og de relasjonelle ferdighetene vi trenger for å fungere godt sammen med andre. Barn utsatt for omsorgssvikt og traumer har opplevd uforutsigbare, fraværende og skremmende voksne. De har håndtert vanskelige erfaringer på egen hånd og har funnet egne måter å trøste seg på, for eksempel fikle, sutte, rugge eller selvskade (autoregulering). De har ikke fått tilstrekkelig erfaringer med koregulering, strever relasjonelt og mangler ofte sosiale ferdigheter.

Rytme og engasjement

Barn med utviklingstraumer mangler grunnleggende tillit til andre, og kan ha forventnin- »



BALLSPILL Terapeuten utforsker hvilke aktiviteter som kan bidra til å styrke kontakten og rytmen i samspillet. For eksempel kan ballkasting være en effektiv måte å regulere barnet tilbake i kontakt på, skriver artikkelforfatterne. Foto: Privat

ger om å bli avvist, om at rytmen avbrytes og ikke kommer i gang igjen. Et eksempel er jenta på 12 år som gjerne vil kaste ball sammen, men som til tross for gode motoriske ferdigheter ikke mestrer turtakingen. I SMART arbeider vi med å gjenoppta rytme, turtaking og kontakt. Metodikken gir barn og omsorgsgivere nye erfaringer gjennom kroppslig lek, og hjelp til å danne felles opplevelser og styrke tilknytning på et kroppslig nivå som kan bedre sosiale ferdigheter. Terapeuten utforsker hvilke sansemotoriske aktiviteter som kan bidra til å styrke kontakten og rytmen i samspillet. For eksempel kan ballkasting være en effektiv måte å regulere barnet tilbake i kontakt på.

Trygghet og beskyttelse

Tilknytning- og omsorgssystemets funksjon er at den voksne skal være «det beskyttende skjoldet» (Lieberman & van Horn, 2008) som passer på at det ikke skjer noe farlig med barnet. Dette kan vi jobbe helt konkret med i SMART. Gutt 9 år skal snart flytte tilbake til sin biologiske mor, og i SMART-rommet arbeider vi med at moren er til stede og passer på når gutten utfordrer seg selv i ulike fysiske aktiviteter. Han husker høyt og med stor fart mens mor står ved siden av og passer på. Gjennom lystbetont lek blir de

samtidig kjent og bygger tilknytning. Gjennom lek og sansemotoriske aktiviteter vil det oppstå øyeblikk av utrygghet, f.eks. der barnet prøver ut fysiske aktiviteter som kan være utfordrende eller skumle. Eksempelvis gir moren hjelp med noe utfordrende, trøst når gutten faller og slår seg i leken, og hun tester ut dyp berøring med vektteppe. I slutten av timen kan han ligge rolig på en stor pute og bli vugget av mor og terapeuten som prøver å finne rytmen han liker.

TRÅDENE VEVES SAMMEN

I SMART arbeider terapeuten etter prinsippene kroppslig regulering, tilknytningsbygging og traumeprosessering på en dynamisk måte. Kroppslig regulering fungerer som selve ankeret, som fasiliteter traumeprosessering, og som kan gi nye relasjonelle erfaringer med reparasjon og opplevd reguleringsstøtte. Dette bygger tilknytning som gjør at tidligere og nåværende belastninger tåles bedre. Modellen er formet som en spiral, som gradvis åpner seg og utvider toleransevinduet slik at barnet blir mer fleksibelt i sine responser. På denne måten vil barnet bli i bedre stand til å tilpasse seg situasjonen her og nå, og vil kunne mestre nye utfordringer. Et eksempel på dette er ei jente på 13 år som



SANSELIG Kroppslig regulering fungerer som selve ankeret, som fasiliterer traumeprosessering, og som kan gi nye relasjonelle erfaringer med reparasjon og opplevd reguleringsstøtte, skriver artikkelforfatterne. Foto: Privat

hadde bodd i fem ulike fosterhjem. Vi studerte videoopptak av timene, og benyttet SMART-spiralen som rammeverk for våre observasjoner. Jenta avviste å snakke om ting hun hadde opplevd, noe som gjorde at det ville være vanskelig å gå i gang med TF-CBT eller EMDR på dette tidspunktet. I SMART-rommet syntes hun det var vanskelig å vite hva hun ville gjøre, men var med på de ulike aktivitetene som terapeuten foreslo, slik som balanseøvelser, kaste ball og få massasje. Etter hvert ble hun bedre kjent med hvordan aktivitetene virket på henne, og ga uttrykk for at hun likte at terapeuten rullet den store pilatesballen over ryggen hennes. Da hun lå her, begynte hun spontant å snakke om ting som var vanskelig. Hun fant ut at pila-

tesballen var god å ligge over, at hun ble roligere i kroppen av å ligge der. Hun testet dette hjemme når hun hadde behov for å selvskade. Etter noen måneder i SMART-rommet viste hun tydelige preferanser for hva hun likte og ikke likte. Hun søkte typisk aktiviteter som stimulerer vestibulærsystemet, og likte godt dyp berøring. Gradvis kunne hun ta imot reguleringsstøtte og omsorg fra terapeuten, og fra fosterforeldrene når hun var hjemme. Mens hun satt på husken, kunne hun forestille seg at hun hadde den lille jenta på fem år som ble akutt plassert, på fanget. Hun kjente på sorgen over det hun ikke hadde fått som liten, og øvde på selvomsorg gjennom å vugge frem og tilbake med «den lille jenta» inni seg på fanget. I videoopptak fra terapitimer kunne vi se en utvikling fra å streve med å kjenne egne behov til å gradvis bli kjent med egne følelser og til å kunne formidle egne meninger, rettigheter og mål for fremtiden. Hun gikk fra primært å benytte autoregulering (selvskading) til koregulering (ta imot hjelp og støtte) og bevisst selvregulering (oppsoke regulerende aktiviteter).

”

For kanskje ikke alt MÅ snakkes om for at kroppen skal merke at det er over?

MULIGHETER MED SMART

Traumatisering er komplekst og barn forskjellige, og vi trenger et stort spekter av behand- »

lingstilt næringer for å gi best mulig skreddersøm. SMART er et godt tilskudd. SMART har et grundig teoretisk rammeverk og baseres på nyeste forskning innen nevrobiologi om hvordan omsorgssvikt og traumer påvirker hjernens utvikling. Metoden bygger også på erfaringsbasert kunnskap fra terapeuter som har studert videoopptak av terapi med barn i SMART-rom. Fra et brukerperspektiv blir metoden tatt godt imot. Mange barn som går forbi rommet, spør om de kan få gå inn og leke. En 11-åring bosatt på barnevernsinstitusjon sa etter første time: «Jeg vil bare tilbake til BUP om jeg får lov til å være på *det* rommet.» Den samme jenta hadde sagt til miljøterapeuten før timen at det eneste hun skulle si på BUP, var «mind your own business, bitch!». Denne timen ble ikke som forventet: Hun hoppet på trampolinen, sto på hendene, klatret i yogaslynga – og til slutt lå hun helt rolig på luftputa med et tungt teppe over seg. Miljøterapeuten hadde aldri sett henne med en slik ro tidligere, og vi lærte allerede da at dyp berøring var noe som virket umiddelbart regulerende på henne. Ikke minst kom vi i behandlingsposisjon til ei jente med stort behov for hjelp, men som ville hatt store vansker med å gjennomføre førstegangssamtale på et ordinært kontor. Ei jente på 15 år klarte å snakke seg gjennom et overgrep når hun lå på en stor pute med hodet vendt bort fra terapeuten og var pakket inn i tunge pledd, men ble overveldet da vi forsøkte EMDR. Jenta fortalte «det er som om jeg kjenner på følelsene på en litt annen måte når jeg

ligger her på denne store puta, det gjør vondt, men på en måte kjennes det tryggere». Kanskje var det lettere for henne å tåle det vonde samtidig som hun fikk vestibulær input og dyp berøring, og at EMDR ble *for* aktiverende på dette tidspunktet?

Utviklingstraumatiserte barn har komplekse vansker og trenger ofte ulike hjelpetiltak over lang tid. SMART er som regel bare et av flere tiltak i en større sammenheng og kan med fordel kombineres med andre behandlingsmetoder. I mange tilfeller kan det være hensiktsmessig å gå over til andre behandlingsmetoder (f.eks. EMDR og TF CBT) dersom barnet blir klar for å gå inn i de vonde erfaringene på en mer strukturert måte. I andre tilfeller kan kanskje SMART være tilstrekkelig som traumbearbeidingsmetode. For kanskje ikke alt MÅ snakkes om for at kroppen skal merke at det er over? Eller at det nettopp er mer enn ord som noen ganger skal til.

SMART er imidlertid en ung metode, og vi har foreløpig begrenset forskning på de teoretiske antakelsene om at kroppslig regulering fremmer kapasitet til traumeprosessering og tilknytningsbygging. Det er behov for studier som kan lære oss mer om mekanismene. Det er en pågående studie i regi av Ruth Lanius (2021) som kanskje kan gi oss mer kunnskap om betydningen av å inkludere sansemotorisk regulering i traumebehandling. Vår erfaring så langt er at vi har fått en metode og omgivelser som gjør oss i bedre stand til å hjelpe de barna som kanskje trenger oss mest. ✘

REFERANSER

Ayres, A. J. (1972). *Sensory Integration and Learning Disorders*. Western Psychological Services.

Blanke, O., Slater, M. & Serino, A. (2015). Behavioral, Neural and Computational Principles of Bodily Self-Consciousness. *Neuron*, 88(1), 145–166.

Barneombudet (2018). *Råd til helsetjenestene fra barn utsatt for vold og seksuelle overgrep*. https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrappporter/Raad_til_helsetjenestene.pdf

Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2017). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents* (2. utg.). Guilford Press.

- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 41, 412–425. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.412>
- Finn, H., Warner, E., Price, M. & Spinnazzola, J. (2018). The Boy Who Was Hit in the Face: Somatic Regulation and Processing of Preverbal Complex Trauma. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 11(3), 277–288.
- Harricharan, S., Nicholson, A., Densmore, J., McKinnon, C., Neufeld, A. & Lanius, R. (2017). Sensory Overload and Imbalance. Resting- State Vestibular Connectivity in PTSD and Its Dissociative Subtype. *Neuropsychologia*, 106, 169–178.
- Harricharan, S., McKinnon, M. C. & Lanius, R. (2021). How Processing of Sensory Information From the Internal and External Worlds Shape the Perception and Engagement With the World in the Aftermath of Trauma: Implications for PTSD. *Frontiers in Neuroscience*, 15, 625490. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.625490>
- ISTSS (2019). International Studies of Traumatic Stress Guidelines. https://www.istss.org/treating-trauma/new-istss-guidelines.aspx?fbclid=IwAR2EVGoQiXIYky_zpWdGT-ChjSZpiSAqvHggChPctmhk1j1Dj19guCtKaSw
- Kandel, E. R., Schwart, J. H., Jessel, M., Siegelbaum, A. & Hudsepeth, A. J. (2013). *Principles of Neural Science* (5. utgave). McGraw-Hill Medical.
- Kayed, N., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A. M. & Wichstrøm, L. (2015). *Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstusjoner*. NTNU.
- Koomar, J. A. (2009). Trauma and Attachment-Informed Sensory Integration Assessment and Intervention. *Sensory Integration Special Interest Section Quarterly*, 32(4), 1–4.
- Koomar, J. A. & Bundy, A. C. (2002). Creating Direct Intervention from Theory. I A. C. Bundy & S. J. Lane (red.), *Sensory Integration: Theory and Practice* (s. 261–302).
- Lanius, R. (2021). Trauma, Balance and Recovery. Restoring emotion regulation, balance, and a sense of self in the aftermath of trauma. Onlinenkurs. EEG learn. <https://www.youtube.com/watch?v=rX69nuRZNq4>
- Lenggenhager, B., Smith, T. & Blanke, O. (2006). Functional and Neural Mechanism of Embodiment: Importance of the Vestibular System and the Temporal Parietal Junction. *Reviews in the Neurosciences*, 17(6), 643–657. <https://doi.org/10.1515/revneuro.2006.17.6.643>
- Lieberman, A. F. & van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and Young Children. Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Attachment*. Guilford Press.
- Levine, P. A. (2010). *In an Unspoken Voice. How the body releases trauma and restores goodness*. North Atlantic Books.
- Nordanger, D. Ø., Braarud, H. C., Albæk, M. & Johansen, V. (2011). Developmental Trauma Disorder; løsningen på barnetraumatologifeltets problem? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(11), 1086–1090.
- Ogden, P. & Fisher, J. (2015). *Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment*. W.W. Norton.
- Perry, B. D. (2006). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children. I N. Webb (red.), *Working with traumatized children in child welfare* (s. 27–52). The Guilford Press.
- Perry, B. D. & Hambrick, E. P. (2008). The Neurosequential Model of Therapeutics. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3), 38–43.
- Perry, B. D. & Winfrey, O. (2021). *What Happened to You? Conversations on Trauma, Resilience and Healing*. Flatiron Books.
- Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind. How Relationships and the Brain interact to shape who we are*. The Guilford Press.
- Streeck-Fischer, A. & van der Kolk, B. (2000). “Down Will Come Baby, Cradle and All”. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(6), 903–918. <https://doi.org/10.1080/000486700265>
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 57(3), 241–266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder; Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 33(5), 401–440.
- van der Kolk, B. A. (2015). *The body keeps the score. Brain, Mind and Body in the Healing of Trauma*. Paperback. Viking.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder; Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 33(5), 401–440.
- Warner, E., Cook, A., Westcott, A. & Koomar, J. (2014). SMART: Sensory Motor Arousal Regulation Treatment Manual. A Bottom up Approach to Treatment of Complex Trauma.
- Warner, E., Spinnazzola, J., Westcott, C. & Hodgdon, G. (2014). The Body Can Change the Score. Empirical Support for Somatic Regulation in Treatment of Traumatized Adolescents. *Journal of Child and Adolescents*, 7(4), 237–246.
- Warner, E., Cook, A., Westcott, A. & Finn, H. (2020). *Transforming Trauma in Children and Adolescents. An Embodied Approach to Somatic Regulation, Trauma Processing and Attachment-Building*. North Atlantic Books.

Psykoterapiens kunnskapsgrunnlag

Psykoterapeutisk praksis har et svakt vitenskapelige fundament. Førvitenskapelig filosofisk kunnskap bør innlemmes som en del av grunnlaget for å beholde psykoterapien som redelig, akademisk og profesjonell.

TEKST

Ole Magnus Vik

KONTAKT

ole@privatpsyk.no

Praksisen psykoterapi har flere grunnlagsproblemer som *vitenskapen* psykologi ikke kan håndtere alene. Disse grunnlagsproblemene har en betydelig innvirkning på psykoterapeutisk praksis, og det er viktig at vi reflekterer rundt dem. Jeg har tidligere forsøkt å belyse spenningene i psykoterapiens grunnverdier, eller dens grunnetos (Vik, 2022). I dette fagessayet ønsker jeg å se på et annet viktig grunnlagsproblem: psykoterapiens kunnskapsgrunnlag.

I den rådende diskursen blir psykoterapi forstått som en praksis med et solid *kvantitativt* vitenskapelig kunnskapsgrunnlag (American Psychological Association [APA], 2005/2007). En slik forståelse er problematisk. Kvantitativ vitenskap skiller seg fra *kvalitativ* vitenskap ved at førstnevnte søker å gjøre fenomener forståelige gjennom å kvantifisere dem, det vil si å gjøre dem målbare, heller enn å gjøre fenomener forståelige gjennom for eksempel å se på meningen fenomenene tilskrives. Å fundere psykoterapien på et overveiende kvantitativt vitenskapelig grunnlag er også *epistemisk* uredelig. *Epistemologi* er læren om hvordan vi kan oppnå sann kunnskap, og læren om hvordan man skiller mellom sikker og mindre sikker kunnskap. Jo mer sikker kunnskap, jo høyere *epistemisk status* kan kunnskapen sies å ha. Den rådende konseptualiseringen av psykoterapien som fundert på et solid kvantitativt kunnskapsgrunnlag kan ses som uredelig fordi dens epistemiske status fremstilles som høyere enn den i realiteten er. Psykoterapiens kunnskapsgrunnlag er bredere og har lavere epistemisk status enn den nåværende diskursen

tilsier. Først og fremst fordi den kompetansen som kreves for å praktisere god psykoterapi, i større grad hviler på *førvitenskapelig* og dermed ikke-kvantifiserbar og ikke-standardiserbar kunnskap.

Det er i det hele problemfylt å fundere psykoterapiens kunnskapsgrunnlag i hovedsak på vitenskap, enten den er kvantitativ eller kvalitativ. Dette er det flere grunner til, og her vil jeg nevne de mest sentrale.

All psykoterapeutisk praksis er betinget av en form for moralsk kunnskap om det gode liv (Berg, 2017; Joranger, 2019; Madsen, 2017; Oddli & Kjøs, 2009). Dette er en type etisk kompetanse som vanskelig lar seg systematisere.

Vitenskapelig evidens er i hovedsak fundert på generelle tendenser i grupper av mennesker, mens psykoterapi er et møte med unike, individuelle subjekter (Smedslund, 2021). Å anta at kunnskap om grupper uten videre gjelder for et enkeltsubjekt, er ikke rimelig.

Hverken kvantitativ eller kvalitativ vitenskap er, i motsetning til å avdekke mening, særlig godt egnet for å *skape* mening i tilværelsen, noe psykoterapien i sin essens handler om (Kolstad & Kogstad, 2019).

Vitenskapen er ikke best egnet til å gi presis kunnskap om subjektive opplevelser og fortolkninger av mentale ikke-objektifiserbare, ikke-fysiske fenomener i et menneskesinn (Rad-den & Sadler, 2009). For eksempel: Vi kan ikke *direkte* observere hvordan en pasient fortolker relasjonen til terapeuten i lys av relasjonen til partneren.

Med andre ord er ikke vitenskapelig fundert kunnskap særlig godt skodd for å være psyko-

terapiens mest sentrale kunnskapsgrunnlag. At kunnskapen i tillegg primært funderes på kvantitativ vitenskapelig metode, gjør vondt verre. Å fortsette å bygge «psykoterapihuset» på et hovedsakelig kvantitativt vitenskapelig grunnlag blir som å bygge huset på epistemisk sandgrunn. Jeg mener derfor at psykoterapifaget nærmest er i en epistemologisk krise.

DEN SCIENTISTISKE DISKURS

Den dominerende konseptualiseringen av psykoterapiens kunnskapsgrunnlag forsøker i realiteten å vitenskapeliggjøre en rekke førvitenskapelige størrelser og strekker seg dermed utover vitenskapens mandat. Dette kaller man *scientisme*. Den rådende epistemiske diskursen for psykoterapi kan således sies å være *scientistisk*. Den scientistiske diskursen impliserer en *terapiteknisk* tilnærming til behandling som vektlegger ferdighetstrening, feedbacksløyfer, operasjonalisering av vitenskapelig kunnskap og manualbasert terapikompetanse (se f.eks. Kennair (2009) eller Walderhaug (2021) for to rasjonale for en slik forståelse av psykoterapi). Dette samsvarer med den formen for *mekanistisk* praksis som filosofen Aristoteles omtaler som *techne* (Hursthouse, 1999).

FRONESIS FORAN TECHNE

For at psykoterapi skal få fastere epistemisk grunn under føttene, bør psykoterapien heller springe ut av en *filosofisk-fenomenologisk* epistemisk forståelse, der kunnskapsgrunnlaget i større grad funderes på filosofisk kunnskap. Filosofi og vitenskap er to beslektede, men distinkte akademiske, kunnskapssøkende praksiser. I en filosofisk-fenomenologisk forståelse handler psykoterapeutisk virksomhet i større grad om terapeutens epistemiske, sosiale, fenomenologiske og moralske *visdom*, eller hens *kliniske dyd*, og mindre om terapiteknisk og vitenskapelig kompetanse. Denne formen for praksis, som vektlegger kultivering av dyd fremfor mekanisk ferdighetstrening, kaller Aristoteles for *fronesis* (Hursthouse, 1999).

Psykoterapien bør heller forstås mer som en *førvitenskapelig* fronesis-praksis enn som en kvantitativ vitenskapelig *techne*-praksis. Psykoterapiens status som vitenskapelig fundert skal selvfølgelig ikke underkjennes. Den har åpenbare elementer av både fronesis og *techne*. Ei heller skal evidensen, eller kunnskapen, som genereres gjennom klinisk skjønn og erfaring undervurderes. Allikevel er psykoterapiens epistemiske status kanskje dessverre noe lavere og ikke minst mer variert enn det dominerende synet skal ha det til.

PSYKOTERAPIFORSKNING STØTTER EN FRONESIS-TILNÆRMING

Den scientistiske diskursen støttes, paradoksalt nok, i liten grad av forskningen på hva slags type kompetanse effektive psykoterapeuter besitter. En representativ fremstilling av psykoterapiforskningsfeltet ligger utenfor rammene for essayet, så jeg vil nøye meg med å fremheve noen tendenser.

Flere peker på hvordan psykoterapeutens «epistemiske åpenhet» har mye å si for effekten av behandlingen (f.eks. Eraut, 2006; Rønnestad, 2008a). Blant annet ser man at terapeuter som klarer å bevare en grunnleggende ikke-vitende holdning i møte med pasienters vansker, ofte får bedre resultater enn de som for raskt søker entydige og klare svar.

Rønnestad (2008a) viser hvordan *holdninger* til vitenskapelig kunnskap er mer avgjørende enn *mengden* av vitenskapelig kunnskap. Med



Jeg mener derfor at psykoterapifaget nærmest er i en epistemologisk krise





Dyder kan ikke trenes opp på samme måte som man trener opp en medisinstudents evne til å lytte med stetoskop

andre ord: En terapeut med mindre vitenskapelig kunnskap, men med en god forståelse for at teorier aldri kan tvinges på virkeligheten, vil gi mer effektiv behandling enn en vitenskapelig sett mer kunnskapsrik terapeut som skiller mindre mellom teori og virkelighet.

Eraut (2006) viser hvordan de mest erfarne og effektive terapeutene ikke bruker semantisk, men episodisk kunnskap. Derfor bruker de heller ikke med fasttømrede eller entydige konseptuelle kategorier (f.eks. «depresjonspasienter» eller «primitivt forsvar-pasienter»), slik man ofte finner i vitenskapen. De bruker heller mer rotete og ulogiske konseptuelle kategorier (Smedslund, 2008). Altså: De mest erfarne og kompetente behandlerne støtter seg i mye mindre grad på generaliserende vitenskapelig empiri, men på sin egen integrative, og til dels ulogiske, kliniske visdom.

Oddli og Kjøs (2009) argumenterer for at den mest effektive psykoterapeutiske tilnærmingen er å utvikle sin egen *unike stil* ved å videreutvikle og tilpasse psykoterapiteknikkene de foretrekker. En slik tilnærming gjør at stilen vil få en helt egen og *urepliserbar* signatur. Å jobbe på denne måten er sannsynligvis ikke så utbredt som det kunne ha vært, ikke fordi det ikke virker, men fordi mange psykoterapeuter simpelthen ikke tør å legge fra seg manualen.

Vitenskapelig evidens bør ses som generelle «anbefalinger» heller enn en type kunnskap man kan operasjonalisere og anvende direkte i terapirommet (Høstmælingen, 2010). Psykoterapi er altfor *kontekstavhengig* til at en kan gjøre noe annet (Kolstad & Kogstad, 2019; Stricker & Trierweiler, 1995). Å direkte omsette funn fra kvantitative studier til klinisk praksis er derfor å misforstå hva slags type kunnskap som genereres gjennom vitenskapelig metode.

EPITEMISK DYD

Jeg mener psykoterapiforskning langt på vei understreker at virksom psykoterapi beror mer på førvitenskapelige, epistemiske dyder enn på vitenskapelig kunnskap eller tekniske ferdigheter. Psykoterapeutisk effektivitet handler ikke først og fremst om mengden og typen praktisk og teoretisk kunnskap, men om hvilke førvitenskapelige holdninger man har til kunnskap. Det viktigste synes å være at en har holdninger til vitenskapelig evidens som er preget av autonomi, fleksibilitet, mot og integritet. Dette kan vi si er en form for *epistemisk visdom* eller *epistemisk dyd*. At virksom psykoterapi beror mer på ikke-vitenskapelig kompetanse, er på en måte opplagt. Det er tross alt ganske vanskelig å «manualisere» komplekse menneskelige interaksjonsformer. Selv om mange har prøvd å skrive den ultimate guiden til dating, ekteskap, vennskap eller skikk og bruk, er det vel få som vil hevde at noen har lyktes. Hva er det da som får så mange psykoterapiforskere og praktiskere til å tro at noen skal kunne skrive «den ultimate guiden» til hvordan man kan finne håp i håpløsheten, mening i meningsløsheten eller trygghet i kaoset?

KLINISK SKJØNN OG FELLEFAKTORER ER IKKE NOK

Psykoterapifeltet har lenge anerkjent betydningen av førvitenskapelig kompetanse, blant annet gjennom å vektlegge verdien av klinisk ekspertise og skjønn og av ikke-terapitekniske fellesfaktorer (Wampold, 2001). Men det er vanskelig å se at det har fått dypttrekkende konsekvenser for utdanning og videreutdanning av norske psykologer. Isteden

har man forsøkt å vitenskapeliggjøre den førvitenskapelige kompetansen. Men man kan ikke uten videre redusere epistemiske, sosiale, moralske og fenomenologiske førvitenskapelige dyder til begrepene skjønn eller klinisk ekspertise. Å simpelthen nøye seg med å peke på de mest virksomme terapeutiske holdningene, slik man ser i fellesfaktorforskning, er ikke godt nok, fordi *identifisering* av felles førvitenskapelige holdninger er ikke det samme som *kultivering* av disse holdningene. Å redusere de relevante psykoteraeutiske dydene til et sett med virksomme fellesfaktorer i psykoterapi er derfor både utilstrekkelig og utilfredsstillende.

Innenfor den scientistiske diskursen synes nettopp forskjellige former for mekanistisk ferdighetstrening, som kurs i relasjonskompetanse og lignende, å være den eneste måten å forsøke å kvalitetssikre den førvitenskapelige kliniske kompetansen på (se blant andre Rønnestad (2008b) for foreslåtte tiltak for å styrke førvitenskapelig kompetanse hos psykologer). Jeg mener dette ikke er godt nok. Ifølge professor Jan Helge Solbakk ved Senter for medisinsk etikk (SME) på Universitetet i Oslo er en utdanningsmodell der helsepersonell bare på mekanistisk vis trenes i relasjonelle ferdigheter, utilstrekkelig (personlig kommunikasjon, 2018). Det er ikke urimelig å anta at dette også er utilstrekkelig for å skape gode psykoteraeuter. Kliniske dyder kan ikke trenes opp på samme måte som man trener opp en medisinstudents evne til å lytte med stetoskop. Men i den scientistiske diskursen gir det ikke mening å skille mellom fronesis-kompetanse og techne-kompetanse. Derfor vil en også komme til kort i alle forsøk på å integrere førvitenskapelig kompetanse i et scientistisk evidensbegrep.

FØRVITENSKAPELIG KUNNSKAP I EBPP

Den rådende operasjonaliseringen av kunnskapsbasert praksis er APAs erklæring om evidensbasert praksis i psykologi (EBPP), som også er ratifisert av Norsk Psykologforening (Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis, APA, 2005/2007). Forståelsen av skjønn eller klinisk ekspertise i EBPP har en reduksjonistisk forståelse av de førvitenskapelige ferdighetene som kreves av en kompetent psykoteraeut. Klinisk visdom, eller klinisk dyd, er ikke inkludert. I den grad epistemisk kompetanse vektlegges, er det som terapeutens evne

til «integrering av forskningsfunn». Ellers operasjonaliseres det førvitenskapelige bidraget som interpersonlig ekspertise, evnen til å skape tillit og til å være selvkritisk. Dette er viktige egenskaper som også støttes av forskningen på fellesfaktorer. Problemet er bare at egenskapene også er like relevante for en fysioterapeut, tannlege, indremedisiner, kirurg, sykepleier eller fastlege som for en psykoteraeut. Posisjonen til førvitenskapelig kompetanse i EBPP gjør den derfor godt egnet som en generell praksismodell for profesjonsutøvere i helsevesenet, men utilstrekkelig for psykoteraeutisk praksis. EBPP anerkjenner ikke at psykoteraepien har andre epistemologiske utgangspunkt enn somatikken. Å behandle et brukket ben er grunnleggende sett annerledes enn å behandle en subjektiv opplevelse av meningstap. Å ikke anerkjenne dette skillet impliserer en avvising av forskjellen på å behandle en menneskekropp og å behandle et menneskesinn. Forhåpentligvis vil de færreste mene at at det ikke er en forskjell.

Ifølge EBPP-erklæringen innebærer god evidensbasert praksis også en skjønnsbasert tilpasning til «individuelle forhold». Også denne operasjonaliseringen er utilfredsstillende for psykoterapi, fordi her er pasienters *gruppetilhørigheter* tilsynelatende det eneste meningsfulle nivået å foreta relevante tilpasninger på. EBPP vektlegger kun at behandlingstilpasning er et spørsmål om å ta hensyn til pasienters gruppekategorier som kultur, kjønn og arbeidsstatus. Å tilpasse psykoteraeutisk behandling ut fra individets unike *subjektivitet* nevnes ikke med et ord. EBP-erklæringen for psykoteraepi antar at man kan gjøre tilstrekkelige individuelle tilpasninger uten henvisning til menneskers unike subjektive livsverden og anerkjenner derfor ikke hvordan psykoteraepien har et annet epistemisk og ontologisk utgangspunkt enn andre behandlingstradisjoner i helsevesenet. Dette er konsekvensen av et kunnskapsgrunnlag som primært er basert på vitenskap, som i sin essens er generaliserende.

EBPP-ERKLÆRINGEN ER UEGNET

EBPP-erklæringen gir den førvitenskapelige kunnskapen en marginalisert posisjon og er derfor ikke egnet som kunnskapsbasert praksismodell for psykoterapi. Vi trenger likevel ikke å kaste hele vitenskapsbabyen ut med badevannet av den grunn. Men vi må kanskje



tåle å tenke at kunnskapsgrunnlaget, så vel som evidensbegrepet for psykoterapi, bør utvides. Selv om dette skulle redusere psykoterapiens epistemiske status noe, trenger det på ingen måte bety at psykologers *profesjonelle* status også reduseres.

ET BREDERE KUNNSKAPSGRUNNLAG

Det epistemologiske grunnlaget for psykoterapi, så vel som mye av forskningen på virksom psykoterapi, synes å antyde at vitenskapelig kunnskap, spesielt kvantitativ vitenskapelig kunnskap, er først og fremst av indirekte verdi. Vitenskapsbasert kunnskap er nyttig som en retningsangiver til hva man kan prøve ut først, og som en referanse for å unngå feil eller ineffektiv behandling. Vitenskap gir oss troverdighet, status, etterrettelighet og trygghet, ikke minst gjennom den forhøyede epistemiske statusen vitenskapen som kunnskapstradisjon gir. En kan derfor ikke unngå å se spørsmålet om *epistemisk* status i lys av den vilde *profesjonelle* statushevingen psykologstanden har nytt godt av de siste tiårene.

Profesjonell statusheving er vel og bra, men det er ikke tilstrekkelig for å praktisere god psykoterapi. I tillegg til vitenskap trenger vi visdom utviklet gjennom en praktisk-teoretisk filosofisk kunnskap. *Dyd* er et mer presist navn på denne kompetansen enn «skjønn», «klinisk ekspertise» eller «interpersonlige ferdigheter ment å etablere en god terapeutisk allianse».

AKADEMIKERE, IKKE AMATØRER

Jeg mener at den scientistiske diskursen, inkludert EBPP-erklæringen, i praksis oppfordrer klinikere til å utøve psykoterapi på et amatørmessig og ikke-akademisk nivå. Den anerkjenner ikke at det å utvikle førvitenskapelig klinisk kompetanse er et akademisk-teoretisk så vel som et praktisk anliggende (J.H. Solbakk, personlig kommunikasjon, 2018). I den scientistiske diskursen blir isteden praksisen vår redusert til et spørsmål om mekanisk ferdighetstrening i kombinasjon med erfaringslæring og veiledning.

Mekanistisk ferdighetstrening er ikke god nok fordi vitenskapeliggjøring ikke fungerer for førvitenskapelige fenomener, slik som evnen til å vurdere når man skal bekrefte, og når man skal utfordre, eller evnen til å nærme seg subjektets unike livsiscenesettelse. Fronesis kan ikke reduseres til techne.

Gitt en scientistisk diskurs sitter vi dermed igjen med klinisk erfaringsbaserte, «livserfarings-baserte» og veiledningsbaserte veier til førvitenskapelig klinisk kompetanse. Å bare lene seg på denne typen mer eller mindre *systematisert erfaringskunnskap* truer psykoterapiens status som akademisk og profesjonell praksis. Man kan selvfølgelig tilegne seg mye klinisk kompetanse gjennom å høste erfaring fra et levd liv, gå regelmessig i veiledning og simpelthen praktisere psykoterapi. Men å forsøke å tilegne seg *klinisk dyd* på denne måten betyr i praksis å sette et amatørstempel på psykoterapien fordi de kan gjøres uten noen teoretisk utdanning. Psykoterapien er, og bør forbli, en akademisk virksomhet. Det betyr at vi må begrunne vår praksis med teori og ikke bare i praktisk erfaring. Og for å styrke vår «dydskompetanse» kan vi ikke se til vitenskapelig teori eller vitenskapelig evidens, vi må vende oss mot filosofien.

Ren *teoretisk* filosofisk kompetanse er selvfølgelig ikke nok. Det er forhåpentligvis ingen som mener at teori *alene* – det være seg vitenskapelig eller filosofisk – er tilstrekkelig for å utdanne kyndig helsepersonell. Profesjonsstudiet i psykologi skiller seg tross alt vesentlig fra masterstudiet i psykologi nettopp fordi alle anerkjenner at teori og praksis må kombineres. Sånn er det også med praktiske filosofiske ferdigheter. Teoretisk filosofisk kompetanse i kombinasjon med praksis og veiledning gjør folk mer moralsk kompetente (J.H. Solbakk, personlig kommunikasjon, 2018). Eller sagt på en annen måte: Teoretisk filosofisk kompetanse styrker vår kliniske dydskompetanse. Vi bør derfor, for å bevare vår status som epistemisk redelige og profesjonelle akademikere, styrke vår kliniske kompetanse med filosofisk teori, i tillegg til systematisert praksiserfaring, veiledning og vitenskapelig fundert kunnskap. Slik jeg ser det, er det spesielt tre områder av filosofien som kan innlemmes i psykoterapiens kunnskapsgrunnlag: fenomenologien, epistemologien og etikken.

AVSLUTNING

Psykoterapi er subjektfokusert meningssøken der man utforsker mentale, ikke-fysiske fenomener, noe som svekker psykoterapiens potensial for å være fullstendig vitenskapelig fundert. Men dette betyr ikke at psykoterapien må bli mindre *kunnskapsbasert*. Filosofisk kunn-

skap er også kunnskap, selv om dette ikke alltid anerkjennes i den dominerende scientistiske diskursen. Jeg mener at det kun er gjennom å legge større vekt på førvitenskapelig filosofisk kunnskap at psykoterapien kan forbli redelig, akademisk og profesjonell.

Vi kan utvide evidensbegrepet i EBP-erklæringen ved å inkludere etikk, epistemologi og fenomenologi som nye teoretiske grunnpilarer. Ikke istedenfor, men sammen med, kvantitativ og kvalitativ vitenskap, samt en fortsatt

vektlegging av systematisert klinisk erfaringskompetanse.

Alternativet er å fortsette å praktisere innenfor en scientistisk diskurs og dermed også å fortsette å se bort fra at psykoterapi har et annet grunnleggende epistemologisk og ontologisk utgangspunkt enn somatikken. Vi bør da i det minste være ærlige på at vi opererer amatørmessig, ikke-akademisk og epistemologisk uredelig. Jeg mener at en slik aksept er et for stort offer. ✘



Psyko-
terapien
er, og bør
forbli, en
akademisk
virksomhet

REFERANSER

- Berg, H. (2017). Fakta og verdier i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(5), 480–483.
- Eraut, M. (2006). *Developing Professional Knowledge and Competence*. Routledge Falmer.
- Hursthouse, R. (1999). *On Virtue Ethics*. Oxford University Press.
- Høstmælingen, A. (2010). Hvordan kan prinsipperklæringen bidra til å kvalitetssikre psykologisk praksis? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(10), 930–936.
- Joranger, L. (2019). *An Interdisciplinary Approach to the Human Mind: Subjectivity, Science and Experiences in Change*. Routledge.
- Kennair, L. E. O. (2009). 7 grunnleggende, profesjonshemmende misforståelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(2).
- Kolstad, A. & Kogstad, R. (red.) (2019). *Grunnlagsproblemer i vitenskapen om mennesket*. Abstrakt forlag.
- Madsen, O. J. (2017). *Den terapeutiske kultur* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Oddli, H. W. & Kjøs, P. (2009). 7 løgner om psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(2), 168–173.
- American Psychological Association (2007). *Prinsipp-erklæring om evidensbasert psykologisk praksis* (Opprinnelig utgitt 2005) (vedtatt av Sentralstyret i Norsk Psykologforening januar, 2007).
- Radden, J. & Sadler, J. (2009). *The Virtuous Psychiatrist: Character Ethics in Psychiatric Practice*. Oxford University Press.
- Rønnestad, M. H. (2008a). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(4), 444–454.
- Rønnestad, M. H. (2008b). Profesjonell utvikling. I A. Molander & L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 279–294). Universitetsforlaget.
- Smedslund, J. (2008). Har du sluttet å slå din kone? Ja/Nei. Kan psykologisk praksis være evidensbasert? Ja/Nei. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(4), 455–459.
- Smedslund, J. (2021). From statistics to trust: Psychology in transition. *New Ideas in Psychology*, 66. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2020.100848>
- Stricker, G. & Trierweiler, S. J. (1995). The local clinical Scientist: A bridge between science and practice. *American Psychologist*, 50(12), 995–1002.
- Vik, O. M. (2022). Psykoterapiens etos. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(7), 656–663.
- Walderhaug, L. P. (2021). Standardisering har fremmet faget. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(3), 214–215.
- Wampold, B. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*. Erlbaum.

FOTO: NORA SKJERDINGSTAD



INGVILD STJERNEN TISLØV, spesialist i samfunns- og allmennpsykologi

Den psykologiske luksusfella

Mormor sier det var enklere før i tida. Da handlet det om å overleve – få mat på bordet, tak over hodet. «Vi hadde jo ikke den luksusen det er å *kjenne etter*, vet du», sier hun.

På et småbruk var det en jevn strøm av praktiske oppgaver. De emosjonelle opplevelsene måtte vente dersom de kom i konflikt med å stelle dyr, reparere låven eller ta våronna. Det var bare å krumme ryggen og bite tenna sammen.

BANK OG PSYKISK HELSE

Denne våren ledet psykologkollega Jonas Vaag og jeg et prosjekt der vi laget en prinsippstyrt veileder for hvordan bankansatte kan møte kunder med psykiske problemer. Ideen er at bedre kommunikasjon og oppfølging fra bankens side kan forebygge de økonomiske konsekvensene av psykisk strev. I en bank er ikke kundene der fordi de er i behov av helsehjelp eller veiledning. Det er et utsnitt av befolkningen. Et spørsmål vi

fikk tidlig, var derfor hvordan banken kan vite om nettopp denne kunden sliter med søvnproblemer, angst, ADHD eller bipolar lidelse? Det er mulig å identifisere sårbare kunder, men som regel har ikke bankrådgiveren slik informasjon. Og derfor må de ta høyde for at det kan gjelde alle. Siden alle mennesker opplever sykdom, funksjonstap, kriser og død i løpet av livet, er den grunnleggende oppgaven å møte alle på en måte som reduserer risikoen for at de kutter kontakten med banken når livet plutselig går i motbakke.

Det var i arbeidet med hvordan dette kan se ut i praksis, at det slo meg: Jeg hadde fryktet at banken har begrenset handlingsrom når det kommer til å integrere kunnskap om psykisk helse i sin jobbhverdag. Isteden opplevde vi et oppkomme av gode forslag, og de bankansattes entusiasme over å finne løsninger for å nå dem som strever med et vanlig kundeforløp, var nydelig. Tenk om vi psykologer på samme måte kunne bidra til å sikre nyttige og tilgjengelige tjenester for folk med økonomiske problemer eller levekårsutfordringer!

Jeg tenkte på hvor lite oppmerksomhet som har vært rettet mot universell utforming av tjenestene jeg har jobbet i og samarbeidet med – særlig overfor familier med vedvarende lavinntekt.

En studie fra NTNU og SINTEF viser for eksempel at i barnevernstjenesten er foreldreveiledning det foretrukne tiltaket for lavinntektsfamilier,



fremfor hjelp som tar hensyn til familiens økonomiske situasjon (Kojan & Storhaug, 2021). Hvor lett er det egentlig å endre fastlåste samspillsmønstre og øve på mentalisering når strømmen er tatt eller barna er kastet ut av SFO på grunn av manglende betaling?

I psykisk helsevern følger terapiforløpene terapeutens tilgjengelighet (mellom 8– 16), uten innsikt i hva det innebærer for foreldre (som skal i parterapi i starten av uka, følge barn én til BUP og barn to til helsestasjonen tirsdag og onsdag, før de svinger innom NAV og barnevernstjenesten før helga). Hvor ofte sjekker du om klientens hverdagslogistikk er forenlig med å møtes på poliklinikken, eller om hjemmebesøk eller digitale møter passer bedre? Er transport til og fra en praktisk barriere? Hva vet du om klientenes jobbtilknytning og hva de risikerer ved å be om fri for å gå i behandling? Er terapien i seg selv en økonomisk belastning, ved at det hindrer klienten i å ta vakter på jobben, eller fordi du er privatpraktiserende uten avtale?

FINANSIELL HELSE

Når banken tar initiativ til å forstå mer om psykisk helse, bør ikke helsesektoren også utfordres på å heve sin kompetanse på økonomisk stress og levekår? Argumentene finnes i forskningen.

”

Noen ganger er det ytre faktorer – som en utrygg økonomisk situasjon – som bør stå øverst på prioriteringslista

»



Vi må jobbe med den finansielle helsen

- Det er funnet at økonomiske problemer, i større grad enn psykiske lidelser, gjør at folk oppsøker psykolog.
- Særlig usikret gjeld (som kredittkort og forbrukslån) øker risikoen for alt fra angst og depresjon til tvangslidelse og psykose.
- Uhåndterbar gjeld er en av de fremste risikofaktorene for selvmord (Holte, 2020).

Se for deg at du blir akutt syk. I flere måneder er du innlagt, og mens livet fortsetter på utsiden, er ditt fokus å komme til hektene igjen. Å bli frisk nok til å dra hjem. Stabil nok til å ha ansvar for deg selv. Når du kommer hjem igjen, er postkassa full. NAV. Klarna. Lånekassen. Ett fra banken. Flere fra NAV. Du har 1900 mail i innboksen, og forfallsoversikten i nettbanken er en evig rad av lyserosa advarsler «mangler dekning på konto».

Et annet eksempel: Du står på flyplassen med full oppakning, to overtrøtte barn og en partner som har sonet ut og inn i mobilen mens fly etter fly kanselleres på tavla foran dere. Der røyk turen alle hadde gledet seg til etter to år med covid. – Nei men faen heller, kan vi ikke bare bruke det kredittkortet for en gangs skyld? Hva om du oppdager at den du deler livet med, har makset ut fem kredittkort og tatt opp et forbrukslån på 500 000. Hvordan føles det? Hvor lenge varer angsten?

Gjeld, økonomiske problemer og psykisk uhelse henger sammen: Du kan få psykiske symptomer av å havne i økonomisk trøbbel, og du kan definitivt få økonomiske problemer av å være psykisk syk. Hvilken vei årsakspilene går, varierer. Derfor må vi favne begge fenomenene samtidig. Vi må jobbe med den finansielle helsen.

«SÅNN ER DET BARE»

Når jeg snakker med folk om økonomi og psykisk helse, har nesten alle en historie å fortelle. Fra han som mistet kona og gikk inn i en sorgfase der han bare sluttet å betale regninger. Eller hun som i en manisk fase bestilte hageblomster for flere hundre tusen på kreditt. Det er vanskelig å returnere et lastebillass med pjuske prestekrager. De som fikk et sykt barn og satte livet på vent i flere år, og som nå må ta igjen alt av vedlikeholdsutgifter de ikke hadde råd eller overskudd til mens datteren kjempet for livet.

Det finnes situasjoner der det å ta vare på seg selv eller andre blir viktigere enn penger. Men hvem tar da hånd om økonomien vår?

Er du er syk, har du det vondt, skal du få hjelp. Men de økonomiske konsekvensene av nedsatt fungering må du bare håndtere. Det er en del av livet. Du tar en timeout til sykdommen, men da må du også gjøre en ekstra innsats når du begynner å bli frisk igjen. Sånn er det bare.

Og for mange går det greit. Jo større økonomisk buffer du har, jo flere gode folk du har rundt deg og jo kortere sykdomsperioden varer – jo mer sannsynlig er det at du kommer ut på andre siden uten for stor gjeld. Men om du i utgangspunktet balanserer på en økonomisk knivs-

egg eller allerede er på minussida, kan tre måneder uten økonomisk styring være en irreversibel fattigdomsfelle. For uansett hvor automatisert nettbanktjenesten din er, krever alle husholdninger et minimum av økonomisk tilsyn og kontroll. Purregebyr, bøter, glemte regninger, rusbruk eller impuls kjøp kan vippe en over til usikrede lån med renter som gjør lånet nærmest umulig å innfri. En situasjon som gjør det enda vanskeligere å bli frisk.

LOOK TO BRITAIN?

I Storbritannia har de gjort en lovendring som pålegger finanstjenester å ha en policy for hvordan følge opp sårbare kunder. Og en rutinemessig kartlegging av finansiell helse er foreslått i helsesektoren. I tillegg er det mulig for lege eller psykolog å be om stans i økonomisk pågang mot klienten i perioder der de er innlagt eller svært dårlig fungerende. Dette reduserer økonomisk etterslep og den totale belastningen under og etter en sykdomsperiode.

Bankansatte skal ikke bli psykologer, og psykologer skal ikke bli hverken økonomer eller sosionomer. Men for å hjelpe hele mennesket, må vi ta på alvor at økonomi er uløselig knyttet til folks helse og utviklingsmuligheter. Ved å integrere klientens økonomiske kontekst kan du bedre vurdere helheten i symptombildet. Kanskje det viktigste du kan tilby der og da er nummeret til NAVs gjeldsrådgivningstjeneste.

Når mormor snakker om oppveksten generasjoner tilbake, tenker jeg at det nok ikke hadde skadet å kjenne litt etter, formidle eller anerkjenne egne og andres følelser. Og at det bør man kunne seg selv om dagen er full av overlevelse. Likevel er det en livskunnskap jeg er redd vi mister av syne i vår iver etter å lytte til det som kommer innenfra. Noen ganger er det ytre faktorer – som en utrygg økonomisk situasjon – som bør stå øverst på prioriteringslista. Og dersom vi unnlater å forholde oss til det, kan det terapeutiske prosjektet bli en luksus klienten faktisk ikke har råd til. ✘

REFERANSER:

- Kojan, B. H., Storhaug, A. S., Paulsen, V., Ulset, G., Fauske, H., Thrana, H. M., Jan-nike Kaasbøll, Halvorsen, T., Anthun, K. S., Lichtwarck, W., Fævelen, M., & Øverland, M. B. (2021). Barnevern og sosioøkonomisk ulikhet – sammenhenger, forståelser og ansvar. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.27932.21127>
- Holte, A. (2020, 12. juni). Gjeld øker risikoen for psykiske helseplager – en usystematisk oversikt. *Psykologisk.no*
- Holte, A. (2020, 29. juni). Uhåndterlig gjeld øker risikoen for selvmord – en usystematisk oversikt. *Psykologisk.no*
- Holte, A. (2020, 22. juni). Psykisk sykdom øker risiko for uhåndterlig gjeld, som igjen hindrer tilfriskning fra sykdommen –en usystematisk oversikt. *Psykologisk.no*

Meninger



DEBATT

Hvem ypper til profesjonskamp?

Dersom psykologer og psykiatere skal dra i lag til det beste for pasientene, anbefaler jeg at retorikken dempes og at psykiatere ikke trekker profesjonskamp-kortet i utrengsmål.



TEKST Anne-Kari Torgalsbøen, professor, dr. psychol., spesialist i klinisk psykologi, Psykologisk institutt, UiO

PSYKOLOGER OG MAKT

STYRELEDER I NORSK psykiatrisk forening, Lars Lien, leser uventet mitt fagessay om psykologenes forhold til makt som om jeg maner til profesjonskamp mot psykiaterne. Essayet støtter angivelig også opp under et dikotomt syn på psyke og soma – et foreldet syn som hører til på skraphaugen, hevder han. Uintendert traff jeg tydeligvis på et ømt punkt, og jeg vil derfor bruke denne muligheten til å svare ut noen av Liens (konstruerte) ankepunkter.

Noen ganger er profesjonskamp nødvendig, og noe som psykologer på lik linje med andre yrkesgrupper bør benytte seg av. Men det var ikke mitt anliggende med dette essayet. I den grad teksten handler om andre profesjoner, brukte jeg faktisk legene som et eksempel på en gruppe som ser på seg selv som naturlige faglige ledere, og som er villige til å påta seg ansvar. Her har psykologene en vei å gå. I et moderne psykisk helsevesen er det plass til både psykiatere og psykologspesialister som autonome faglige ledere.

Det virker imidlertid som begge yrkesgrupper har det til felles at de strever med å redefinere sin rolle. Psykiaterne må akseptere at de ikke lenger har monopol hverken på den faglige eller administrative makten, mens psykologene i større grad må ta mer ansvar for helheten og søke seg mot posisjoner som gir muligheter til å påvirke systemet.

PSYKE OG SOMA

Psykologspesialister og psykiatere er fortsatt sentrale faglige premissleverandører i psykisk helsevern. Spesialisthelsetjenesten er tjent med god rekruttering av begge yrkesgrupper, men profesjonene må bli tydeligere på hvordan de dekker ulike fagområder og hvordan deres kompetanse kan supplere hverandre. Jeg er uenig med Lars Lien i hvordan han fremstiller faget psykologi i sitt innlegg. Her hevder han at legerollen har mye psykologi med seg, og lister opp en rekke arbeidsoppgaver for leger der god menneskekunnskap er en fordel. Det er selv-

sagt positivt at andre yrkesgrupper enn psykologene bruker psykologisk kunnskap, men det betyr ikke at de har spisskompetanse på psykologi.

Psykologer har også kjennskap til deler av medisin, men de vil ikke av den grunn vise til at deres spesifikke psykologiske kompetanse dreier seg om både psyke og soma. Det er altså en forskjell på kjennskap til og kunnskap om. Siden Lien bruker såpass mye spalteplass på å fremheve psykiateres unike kompetanse innen både kropp og sinn, finner jeg grunn til å nyansere dette bildet ved å trekke frem forskjellene i legers og psykologers grunnutdanning.

Den medisinske spesialitet psykiatri er den disiplinen i medisin som i minst grad bygger på medisinstudiets biologiske grunnutdanning. Psykiateres opplæring i diagnostikk og behandling av psykiske lidelser foregår derfor i det vesentlige i spesialiseringen. Psykologutdanningen, derimot, gir seks års grunnutdanning i ulike deler av psykologien, alt fra normalpsykologi, personlighetspsykologi, klinisk psykologi, kommunikasjon og relasjonskompetanse. En vesentlig del av utdanningen består av klinisk teori og ferdighetstrening knyttet til utredning, testing, diagnostikk og psykologisk behandling av barn, voksne og familier. Det er dertil en omfattende klinisk praksis i psykisk helsevern med kartlegging, diagnostikk og direkte behandling av pasienter. Spesialiseringen i klinisk psykologi bygger dermed videre på grunnutdanningen og representerer en reell videreutdanning som gir reell spisskompetanse.

KOMPETANSE OG ANSVAR

Hva er så likheten i kompetanse og ansvar mellom en psykiater og en psykologspesialist, selv om deres utdanning er forskjellig?

Begge yrkesgrupper har diagnostisk kompetanse, overordnet behandlingsansvar og behandlingsoppgaver. Men psykiaterne har i tillegg medisinsk og somatisk kompetanse (i kraft av sin medisinske grunnutdanning), og psykologene har i tillegg akademisk breddekompetanse i normalpsykologi og teoriforankret klinisk psykologi, samt tekstkompetanse (i kraft av sin grunnutdanning).

Basert på dette burde de to yrkesgruppene i større grad fordele sin spisskompetanse hva angår arbeidsoppgaver. Psykiaterne som spisskompetente på psykofarmakologisk behandling og somatiske undersøkelser, og psykologene som spisskompetente på den unike kombinasjonen av normalpsykologi, testpsykologi, klinisk psykologi og behandling.

I motsetning til den kliniske psykologi er ikke den medisinske disiplinen psykiatri basert på begreps- og teoriutvikling. I fagessayet tematiserte jeg at den psykologiske retning innen psykiatri mangler teoriforankrede begreper, og derfor i stor grad henter sine begreper og metoder fra psykologien. At toneangivende psykiatere historisk sett har gitt vesentlige bidrag innenfor for eksempel terapiteori, rokker ikke ved dette. Synspunktet at psykiatri som et felt som beskjeftiger seg med folks psykiske helse aldri har hørt hjemme blant de medisinske disiplinene, er for øvrig fremmet av en nestor innen amerikansk psykiatri (Andreasen, 1997 som sitert i fagessayet). Hun har tatt til orde for å rendyrke en nevrobiologisk modell innen psykiatrien.

Hvordan psykiatere vil håndtere den indre motsetning mellom den biologiske og psykologiske retningen innen den medisinske disiplin psykiatri, vil fremtiden vise. Men dersom psykologer og psykiatere skal dra i lag til det beste for pasientene, anbefaler jeg at retorikken dempes og at psykiatere ikke trekker profesjonskamp-kortet i utrengsmål. ✖



Basert på dette burde de to yrkesgruppene i større grad fordele sin spisskompetanse hva angår arbeidsoppgaver

DEBATT OM PSYKOLOGER OG MAKT

Tidligere innlegg:

Nr. 07 - 2022 Nei takk til profesjonskamp
(Lars Lien)

Nr. 06 - 2022 Skepsis til makt hos
psykologprofesjonen
(Anne-Kari Torgalsbøen)



Hella Thomsen 20
22

Kapasitetsproblemer skal ikke løses med tvang

Medbestemmelse er en grunnleggende menneskerettighet. Tvang bør derfor aldri være et alternativ til å løse kapasitetsproblemer i psykisk helsevern.

PSYKOLOGFORENINGEN HAR MED interesse fulgt Inger-Mari Eidsvik og Merete Nessets søksmål mot staten, der påstanden er menneskerettslige brudd, pasientskader og traumer etter tvungent psykisk helsevern over en årrekke. Saken illustrerer dilemmaene vi står overfor i arbeidet med mennesker med alvorlig psykisk lidelse.

Nylig nedsatte regjeringen et utvalg som skal evaluere samtykkekravet som ble lagt til i psykisk helsevernlovens § 3-2 i 2017. En bekymring for behandlere er at enkelte pasienter har blitt enda vanskeligere å nå med god helsehjelp, og selv avslutter nødvendig behandling straks de igjen er blitt samtykkekompetente, med risiko for snarlig tilbakefall.

Samtidig har Tvangslovutvalget anbefalt ytterligere begrensninger i bruken av tvangsmidler overfor mennesker som ikke er til fare for seg selv eller andre.

Hovedmomentene i Psykologforeningens argumentasjon for å støtte tvangslovutvalgets anbefalinger er like sentrale i dagens debatter:

MEDBESTEMMELSE

Medbestemmelse operasjonalisert som samtykkekompetanse er ikke et særprivilegium for pasienter i psykisk helsevern, men et grunnleggende prinsipp i alle deler av samfunnet. Så lenge vi er i stand til å forstå relevant informasjon, vurdere risiko og fatte beslutninger, skal vi selv kunne bestemme i saker som vedrører vårt privatliv. Tvangslovutvalget anbefalte å videreføre samtykkeprinsippet i den nye tvangsbegrensningsloven. Utvalget kunne ikke akseptere en så diskriminerende psykisk helsevernlov som det tidligere behandlingskrite-

riet representerte, der tilhørighet i en diagnosegruppe sammen med klinikerens vurdering av behandlingsbehov var tilstrekkelig for etablering av tvang (Aarre og Østenstad, 2021).

Å skulle lempe på samtykkeprinsippet overfor en bestemt gruppe psykisk syke er med andre ord ikke bare en teknisk eller praktisk justering av lovverket. Det ville innebære å frata mennesker med psykiske lidelser en grunnleggende rett til en individuell vurdering av evnen til medvirkning etter gitte funksjonskriterier.

DÅRLIG GJENNOMFØRT

Psykologforeningen støtter grunnprinsippet om samtykke også i psykisk helsevernloven. Derimot har vi påpekt overfor Helse- og omsorgsdepartementet at lovendringene fra 2017 har vært dårlig gjennomført. Fremdeles synes det å mangle en entydig forståelse av hva samtykkekompetanse innebærer i psykisk helsevern, noe som også gir variasjoner i praksis. Det kan være behov for å klargjøre de spesifikke kriteriene for samtykkekompetanse i psykisk helsevernloven. Vi mangler også gode, standardiserte verktøy som kan bidra til bedre vurderinger av samtykkekompetanse. Tjenestene mangler kapasitet, tid og noen steder kompetanse til å gjennomføre og videreutvikle nødvendige tiltak som kan redusere behovet for tvang.

TYNT KUNNSKAPSGRUNNLAG

Tvangslovutvalget har gjort et omfattende arbeid med å sammenfatte tilgjengelig forskning om effekten av behandling under tvang i psykisk helsevern. Vår konklusjon er at kunnskapsgrunnlaget er svakt.



TEKST Kim Edgar Karlsen, fagsjef i Norsk psykologforening

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

**TVANG I PSYKISK
HELSEVERN**





I stedet risikerer vi at systemet gjør seg avhengig av tvang som eneste utvei ...

Ifølge Folkehelseinstituttet mangler det eksempelvis tilstrekkelig gode studier til å dokumentere effekten av tvangsmedisinering, et nærliggende tiltak ved psykose (Jardim et al., 2021). Det samme gjelder vedlikeholdsbehandling med antipsykotika ut over to år (Smedslund et al., 2018). Derimot er det kjent risiko for potensielt alvorlige bivirkninger, som kan forringe helse og livskvalitet. Dette reiser både faglige og etiske betenkinger (Almås-Norum, 2021) ved å skulle tvinge mennesker som ikke er til fare for seg selv eller andre, til slik behandling over tid.

Inngripende tvangsbehandling kan også i seg selv oppleves svært belastende og for noen – som i Eidsvik og Nessets tilfeller – direkte traumatiserende (Lauveng & Skuterud, 2021). Som klinikere har de fleste av oss eksempler på den «gode» tvangen, der pasientene i ettertid takker for at vi grep inn og hindret forverring og forfall. Samtidig har systematiske undersøkelser vist at tvangsbruk kan virke mot sin hensikt om kontinuitet i behandling og svekke tilliten til hjelpeapparatet, så vel som tiltroen til egen mestring og autonomi (Nyttingnes et al., 2016).

TVANG KAN FOREBYGGES

Et nøkkelargument for å støtte ytterligere tvangsreduksjon er at alternative tilnærminger basert på frivillighet er mulig.

En ny norsk studie intervjuet pasienter som etter lovendringen i 2017 ble vurdert samtykkekompetente og dermed ble tatt av tvang uten døgnopphold. De fleste av disse fortsatte i behandling og beskrev positive erfaringer som økt opplevelse av autonomi, større eierskap til egen bedringsprosess og styrket tillit og dialog i behandlerkontakten (Wergeland et al., 2022).

Vi får også stadig mer kunnskap om hvordan vi kan bidra til å redusere behovet for tvang over tid: «Åpen dialog» ved sikkerhetsavdeling, «åpen dør-policy» i akuttpost, BET (Basal eksponeringsterapi) og KYR (Komplementær ytre regulering) er praksiseksempler her til lands som er omtalt i Europarådets rapport for mer frivillighet i tjenestene (Council of Europe, 2021).

Det er oppnådd gode resultater med ambulante og oppsøkende ACT- og FACT-team, der slike er etablert (Trane et al., 2021).

I Nederland rulles såkalte High and Intensive Care units (HIC) ut som et nasjonalt tiltak rettet mot alvorlig psykisk syke i risiko for krisesituasjoner og tvangsinnleggelse. Her er et av de bærende behandlingsprinsippene at man aldri lar en svært syk pasient i krise være overlatt til seg selv. Også ved innleggelse følges pasienten opp tett av fast behandler, noe som bidrar til bedre overganger og sammenheng i forløpet (van Melle, 2021).

MANGLER RAMMEBETINGELSER FOR FRIVILLIGHET

Felles for disse ulike tilnærmingene er at de anerkjenner kompleksiteten i å skulle redusere inngripende tvangsbruk i psykisk helsevern.

Psykologer kan, med sin brede kompetanse om motivasjon og endring i individer og systemer, lede an i dette arbeidet. Men tilbakemeldingen fra våre medlemsundersøkelser i psykisk helsevern er at behandlerne mangler faglige rammebetingelser til å gjøre det som er virksomt, og å etablere nødvendige samhandlingsforløp. Systematiske evalueringer av tjenestene har avdekket alvorlige mangler både i kapasitet, kompetanse og kvalitet i kommuner og sykehus (Riksrevisjonen, 2021). I den samme perioden som samtykkekravet i psykisk helsevernloven har vært gjennomført, har sengekapasiteten i sykehusene blitt ytterligere redusert, uten tilstrekkelig samtidig styrking av de polikliniske og kommunale tilbudene.

Psykologforeningen er urolige for en utvikling der tjenestene ikke har tid til å gjøre det som vi vet er virksomt, ønsket og effektivt. I stedet risikerer vi at systemet gjør seg avhengig av tvang som eneste utvei for å holde folk i behandling, slik blant andre Likestillings- og diskrimineringsombudet har advart mot.

Denne utviklingen vil Psykologforeningen utfordre. Derfor er vårt hovedbudskap til helsemyndighetene at det må satses tungt på en styrking av de psykiske helsetjenestene i landets kommuner og sykehus. Behovet for tvang oppstår lenge før pasientene henvises til en akuttpost. ✕

REFERANSER

- Almås-Norum, L., Thorbjørnsen, G. S. A., Pedersen, R. og Husum, T. L. (2021). En etisk drøfting av tvang uten døgnopphold. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(9), 752–758.
- Council of Europe (2021). *Compendium report: Good practices in the Council of Europe to promote Voluntary Measures in Mental Health Service*.
- Jardim, P. S. J., Borge, T. C., Dahm, K. T., Müller, A. E. & Hval, G. (2021). *Effekt av antipsykotika ved behandling uten pasientens samtykke sammenlignet med frivillig behandling*. Folkehelseinstituttet.
- Lauveng, A. & Skuterud, A. (2021). Tvangsundersøkelsen: Informantene beskriver et system som har gjort seg avhengig av tvang. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse. <https://erfaringskompetanse.no/nyheter/tvangsundersokelsen-informantene-beskriver-et-system-som-har-gjort-seg-avhengig-av-tvang/>
- Likestillings- og diskrimineringsombudet (2020). Innspill til Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget om statsbudsjettet for 2021. https://www.ldo.no/globalassets/_ldo_2019/_bilder-til-nye-nettsider/nedsatt-funkeve/innlegg-til-helse--og-omsorgskomiteen.pdf.
- Nyttingnes, O., Ruud, T. & Rugkåsa, J. (2016). 'It's unbelievably humiliating' – Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 147–153. DOI: 10.1016/j.ijlp.2016.08.009
- Riksrevisjonen (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester*. Dokument 3:13 2020-2021. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>
- Smedslund, G., Siqveland, J., Kirkehei, I. & Steiro, A. K. (2018). Langtidsbehandling med antipsykotika hos personer med schizofrenispektrumlidelser: en systematisk oversikt. *Folkehelseinstituttet*.
- Trane, K., Asbrenn, K., Rønningen, M., Odden, S. & Landheim, A. (2021). Flexible assertive community treatment teams can change complex and fragmented service systems: experiences of service providers. *International Journal of Mental Health Systems*, 15, 38. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00463-1>
- Wergeland, N. C., Fause, Å., Weber, A. K., Osnes Fause, A. B. & Riley, H. (2022). Increased autonomy with capacity-based mental health legislation in Norway: a qualitative study of patient experiences of having come off a community treatment order. *BMC Health Services Research*, 22, 454. DOI 10.1186/s12913-022-07892-9
- van Melle, A. L. (2021). *High and Intensive Care (HIC) in psychiatry: development, implementation & effects*. Vrije Universiteit Amsterdam.
- Aarre, T. F. & Østenstad, B. H. (2021). Ny tvangsløvgjeving – nokre oppklaringar. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 17. doi: 10.4045/tidsskr.21.0756

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.

Noen ganger er tvangsmedisinering nødvendig helsehjelp

For en del psykoserammede inkluderer nødvendig helsehjelp antipsykotiske medisiner, for noen tvangsmedisinering.



TEKST Gudrun Wiik Larsen, pårørende og sosionom med videreutdanning i psykisk helsearbeid og master i sosialt arbeid

TVANG I PSYKISK HELSEVERN

DET ER IKKE med lett hjerte jeg kommenterer aktuelt saken fra forrige nummer, da jeg kan komme i skade for å legge stein til byrden til de som har hatt det vanskelig nok med lang fartstid i psykisk helsevern. Hensikten er ikke å reise spørsmål om validiteten av det Merete Nettet og Inger-Mari Eidsvik beskriver, men synliggjøre og nyansere ulike behov og preferanser innenfor psykisk helsevern.

Ennå fungerer psykisk helsevern langt fra optimalt, men å fjerne tvang og tvangsmedisinering vil være et ytterligere feilgrep. Noe annet er det å redusere unødig tvangsbruk. Det har vært en utvikling innen psykisk helsevern siden 1988 og tidligere, som i større grad vektlegger menneskerettigheter, og handlingsrommet for bruk av tvang er innskrenket. Videre har det kommet andre og bedre antipsykotiske medisiner, med mindre bivirkninger. Uansett følger det bivirkninger med de fleste medisiner, derav også medisiner for somatiske plager. Eksempelvis medisiner og metoder (stråling) brukt i kreftbehandlingen. Det er ikke alltid man lykkes med medisiner og metoder for eksempelvis kreftbehandling heller, det betyr likevel ikke at man slutter å bruke disse.

SISTE UTVEI

Blant motstandere av antipsykotiske medisiner og tvangsmedisinering argumenteres det ofte

med at riktig oppfølging og behandling, og ikke minst relasjonskompetanse, vil kunne erstatte bruk av antipsykotiske medisiner. Jeg betviler ikke at det fungerer for noen. Psykosebehandling handler om mer enn medisiner. For noen forutsettes antipsykotiske medisiner for at de skal ta imot annen oppfølging og behandling. En del tar ikke tar imot hjelp og medisiner frivillig, fordi de selv ikke forstår at de er syke. Da blir tvang/tvangsmedisinering siste og beste utvei, forutsatt at medisiner har hatt effekt.

Som pårørende til og helsepersonell for personer med psykiske lidelser, ofte kombinert med rusproblemer, dras strikken for langt før tvang og medisiner settes inn. For mange oppleves det som langpining i perioden fra innleggelse til de kan tvangsmedisineres og til medisinen begynner å virke.

Det er for mange som går rundt alt for lenge med ubehandlet psykoselidelse og av den grunn lever under uverdige forhold, blant annet med nedsatt evne til egenomsorg. Det gir stor bekymring og merbelastning for pårørende og omgivelsene for øvrig. Samtidig som det skapes stadig flere svingdørspasienter, som er sykere når de endelig blir tatt hånd om ved innleggelse. Det er jurister og aktivister som i stor grad legger føringer for at mange må miste både seg selv, jobb, sosiale nettverk og funksjon før tvang settes inn.



Sjefpsykolog Asbjørn Kolseth uttaler i den aktuelle artikkelen at så godt som over halvparten av de innlagte på avdelingen, er innlagt på tvang. Andelen innlagte er stigende, og de innlagte er sykere før. Videre oppgir han at et generelt forbud mot tvang i psykisk helsevern kan sammenlignes med å ta bort anestesi på en akuttpost i somatikken, som i realiteten vil innebære å avvikle akutt psykisk helsevern.

SAMTYKKEKOMPETANSE

Samtykketkriteriet som ble innført i 2017, hadde sikkert gode intensjoner. For noen har kriteriet gjort vondt verre, både forhelsepersonellet og pasient. For hva kan skje når personer som er lagt inn frivillig, ikke tar imot antipsykotiske medisiner som man vet har hatt effekt tidligere? På kort varsel kan da pårørende blir fortalt over telefonen at pasienten blir utskrevet samme dag og må vurderes av ekstern lege for å bli konvertert til tvang for ny innleggelse. Hva er logikken i det? Ville det ha skjedd i somatikken at behandlingstrengende pasienter blir utskrevet når symptomene forverres?

Her er en episode fra virkeligheten: Aktuell pårørende blir oppringt av sengepost med beskjed om at pasienten blir utskrevet samme dag. Pårørende må ta seg fri fra jobben for å ta seg av den behandlingstrengende. Pårørende blir sammen med personale på sengepost med i samtale med pasienten, som selv ikke ser at hen trenger behandling. Pasienten blir



... å fjerne tvang og tvangsmedisinering vil være et ytterligere feilgrep





For noen har kriteriet gjort vondt verre, både forhelsepersonellet og pasient

etter mye frem og tilbake overtalt av personalet til å bli kjørt til legevakt for en ny vurdering av behandlingsbehov. Pasienten går med på det og er veldig fornøyd med å få kommet seg ut av sengeposten. Det er pårørende som må kjøre den behandlingstrengende til legevakt, forhold som burde vært håndtert annerledes av helsetjenesten.

MISBRUK AV TILLIT

Det ender med at pasienten blir kjørt tilbake til sengepost i sykebil, og etter et visst antall dager blir det fattet tvangsmedisineringsvedtak på medisiner som pasienten har hatt nytte av tidligere. For pårørende ble det en stor belastning å bistå den syke til legevakt der hensikten var å konvertere fra frivillighet til tvang, og en følelse av å ha misbrukt den sykes tillit. Alternativet hadde vært å overlate en umedisinert behandlingstrengende psykosepasient til seg selv.

Jeg unner saksøkerne Eidsvik og Nesset oppreisning for eventuell feilbehandling. Tilsynelatende har de stor støtte og sympati i ryggen av både folkeopinionen og utvalgte fagtunge vitner i rettssaken. Vitner som kanskje skyver pasienter foran seg for å få fokus på egne interesser. Det blir dere sak hvem de stevner som vitner. Men å kreve at tvangsmedisinerer overfor alvorlig psykisk syke der medisiner har hatt effekt og ført til økt livskvalitet tas vekk, syntes urimelig og er vondt å forstå. ✕

Vil du skrive for Psykologtidsskriftet?

Vi ønsker ditt manuskript velkommen

Med et opplag på over 10 000 er Psykologtidsskriftet en enestående arena for deling av erfaringer, kunnskaper, meninger og faglige inspirasjoner med psykologkollegaer.

Vi ber om at du skriver teksten i samsvar med våre sjangerkriterier for en best mulig redaksjonell oppfølging.

SKRIV

Manuskript sendes til **redaksjonen@psykologtidsskriftet.no**.

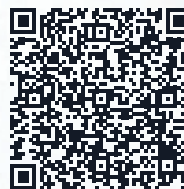
Husk å sette inn sjanger i e-postens emnefelt.

Kontakt oss gjerne dersom du synes det er vanskelig å finne en sjanger som passer for din tekst.

Du finner mer informasjon og forfatterveiledning på:

Skriv for oss på **psykologtidsskriftet.no**.

Skriv for oss:



En annen profesjonshistorie

Smedslund skriver igjen som om psykoanalysen(e) ikke eksisterer.

JAN SMEDSLUNDS TEKST *En annen og mer turbulent profesjonshistorie* (7, 2022) frister meg til å fortsette en diskusjon vi har hatt tidligere (Smedslund, 12, 2017; 6, 2018; Sletvold, 5, 2018; 8, 2018). Jeg deler fortsatt Smedslunds kritikk av statistikk basert på psykologisk forskning. Mitt eget lille bidrag var at jeg i 1972 avsluttet min knapt påbegynte karriere innen eksperimentell sosialpsykologisk forskning med en hovedoppgave der konklusjonen var at selv om eksperimentene er aldri så godt kontrollert og effekten er signifikant, så forblir summen av resultatene null. Altså helt i tråd med Smedslunds overbevisende oppdatering.

Det som imidlertid slår meg på nytt i Smedslunds fremstilling, er at han forutsetter at statistikkbasert forskning er grunnlaget for psykologiprofesjonen. Som jeg tidligere har framhevet (Sletvold, 5, 2018), ville vi ikke hatt noen psykologiprofesjon dersom den hadde bygd på eksperimentalpsykologien og dens

avleggere. Smedslund klargjør forbilledlig at denne psykologien aldri har gitt resultater som kan omsettes i klinisk praksis.

Smedslund skriver imidlertid også denne gangen som om den statistikkbaserte psykologien og hans egen psykologikk er de eneste psykologiene som fins. Sagt med andre ord, Smedslund skriver igjen som om psykoanalysen(e) ikke eksisterer. All psykologisk praksis, i hvert fall den kliniske, springer imidlertid helt og fullt ut av den psykoanalytiske psykologien som har eksistert neste like lenge som den eksperimentelle. Den psykoanalytiske psykologien har utviklet seg på grunnlag av erfaringer i møter mellom mennesker gjennom de siste mer enn hundre år. Den er stadig i utvikling. Jeg håper selv å gi et nytt bidrag sammen med Doris Brothers i vår kommende bok *A New Vision of Psychoanalytic Theory, Practice and Supervision: Talking Bodies*. ✕



FOTO: PRIVAT

TEKST Jon Sletvold, psykologspesialist

REFERANSER

- Brothers, D. & Sletvold, J. (Forthcoming). *A New Vision of Psychoanalytic Theory, Practice and Supervision: Talking Bodies*. London and New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Sletvold, J. (1972). *Sosialpsykologiske eksperimenter: ekspansiv forskning eller kvasi-eksperimentelt ritual?* Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Oslo.
- Sletvold, J. (2018). Alternativet. Psykoanalysen mangler i debatten om vitenskapsteori. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(5), 368–369.
- Sletvold, J. (2018). Hva vi er enige om og hva vi er uenige om. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(8), 690–691.
- Smedslund, J. (2017). Vi prøver igjen: Hvordan arbeider egentlig psykologer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(12), 1202–1203.
- Smedslund, J. (2018). Det vi alle vet. Hva «vi alle vet», er det som følger nødvendig av å være menneske, og av strukturen i språket vårt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(6), 534–535.
- Smedslund, J. (2022). En annen og mer turbulent profesjonshistorie. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(7), 678–681.

KOMMENTERT

Smedslund, J. (2022). En annen og mer turbulent profesjonshistorie. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 59(7), 678–681.

Jakten på psykoterapiens grunnetos

All psykoterapi er tuftet på et eller annet verdigrunnlag. Men det er ikke dermed sagt at vi kan identifisere en grunnetos, slik Ole Magnus Vik hevder.

FOTO: UIB



TEKST Henrik Berg, psykolog og filosof, professor i vitenskapsteori ved Universitetet i Bergen og Universitetet i Agder

I forrige utgave av *Tidsskrift for Norsk psykologforening* skriver Vik om psykoterapiens etos. Det er mye ved innlegget som er prisverdig. Vik hevder at psykologien har en rekke grunnlagsproblemer. Psykologien har en rekke grunnlagsspørsmål. Noen av disse grunnlagsspørsmålene er grunnlagsproblemer – spørsmål som vi ennå ikke har identifisert gode, men prinsipielt tentative svar på.

Det er lett å slutte seg til Viks påstand om at psykoterapiens etos er konstitutivt for praksisen (Berg & Slaattelid, 2017). Det vil si at vi ikke kan drive psykoterapi uten at vi sikrer mot et mål vi vurderer som bedre enn tingenes tilstand. Dette er dessverre undertematisert i dagens tenkning om psykoterapi. Dette er ikke et grunnlagsproblem, men et grunnlagsspørsmål som er håndtert på en dårlig måte. Psykoterapi er normativt – uavhengig av om vi velger å adressere normativiteten eller ikke.

SÆREGENT VERDIGRUNNLAG?

Men Vik ser ut til å ville mer. Han ønsker å identifisere en grunnetos som er *konstitutivt* for psykoterapi. En ting er å hevde at psykoterapi inneholder normative standarder. En annen er å si at all psykoterapi har noen fellesstandarder. Vik synes å hevde sistnevnte. Dette er ikke fellesstandarder i den forstand at grunnetosen utgjør *tilstrekkelige* vilkår for psykoterapi, men *nødvendige* vilkår. La oss ta deler av Viks argumentasjon nærmere i øyesyn.

Først hevder Vik at psykoterapiens konstitutive etos er særegen. Dette hviler på at aktiviteten er særegen. Men i hvilken grad er det riktig? Vi møter stadig profesjonelle hjelpere med taushetsplikt som vi deler noe personlig eller privat med.

Og selv om psykoterapi skulle være særegen, er det dermed sagt at dens verdigrunnlag trenger å være det? Verdiene man finner i psykoterapi, gjenspeiler ofte diskusjoner som har pågått over flere årtusener. Dette oppsummeres i den spøkefulle bemerkningen at vi alle er fotnoter til Platon. Hverken Viks premiss eller konklusjon synes å være korrekt.

MISTENKELIGGJØRING

Vik foreslår at mistenkeliggjøring utgjør en del av psykoterapiens konstitutive grunnetos. Men er mistanke *konstitutivt*, og er det en *etos* (med denne bruksbetydningen)? Kan vi ikke tenke oss psykoterapi som ikke er drevet av mistanke? Jo, det kan vi. En støttende samtale uten snev av mistanke kan være høyst terapeutisk. Dette er kanskje ikke et typisk scenario, men det er absolutt *mulig*. Dermed er ikke mistanke konstitutivt. Er mistanke en normativ standard? Nei, mistanke er et middel. Vi er mistenksomme for å ... (etos). Vi kan for eksempel være mistenksomme for å avdekke problemer som er ukjente for pasienten selv. Målet er da å avdekke problemer som på sin side muliggjør et bedre liv. Det er forskjell på middel og egenverdi.

Vik hevder videre at psykoterapi ikke baserer seg på de samme sosiale dydene som man finner utenfor terapirommet. Men er det *nødvendigvis* riktig? Hva når psykoterapeuten blir en modell for pasienten og kan overføre normer og ferdigheter som vil hjelpe pasienten? I slike tilfeller er sosiale dyder terapeutiske. Høflighet *kan* stå i veien for terapeutisk arbeid, men *trenger* ikke å gjøre det. Dette må avgjøres i hvert enkelt tilfelle, og det avhenger slik av det Aris-toteles (1999) kalte for praktisk klokskap. Man

KOMMENTERT

Vik, O. M. (2022). Psykoterapiens etos. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(7), 656–663.

skal bare behandle like tilfeller likt; sosiale dyder er ikke alltid kontraterapeutiske.

RADIKAL OG FALSK AUTENTISITET

Psykoterapi *må* handle om å leve mer autonomt og selvhevdende, hevder Vik. Vi kan imidlertid tenke oss mennesker som er *for* autonome og selvhevdende. Et stereotypisk eksempel er lederen som tar alle beslutninger selv og aldri lytter til andre. Vik skiller videre mellom radikal autentisitet og falsk autentisitet (som gjen-speiler samfunnets verdier i forkledd form). Autentisitet er et begrep fra eksistensfilosofi – en tradisjon som oppstod i en bestemt kontekst hvor forholdet mellom individ og samfunn endret seg. Martin Heidegger (1962) er kanskje eksistensfilosofiens viktigste tenker. Men ifølge Heidegger er ikke autentisitet et normativt begrep – det er en mulighet vi har. Det er heller ikke et sterkt motsetningsforhold mellom menneskers sosiale verden og autentisitet.

Eksistensialismen møtte mange kritikere i den påfølgende generasjonen tenkere. Mest kjent er kanskje Foucault (2002) som påpekte at eksistensialister er fanget i Kants transcendentale filosofi. Det kan også være verdt å nevne at Heidegger (1989) selv beveget seg bort fra autentisitetstenkningen og mot en såkalt «værrenshistorisk tenkning».

EKSISTENSIELT SORGARBEID

Psykoterapi er *alltid* eksistensielt sorgarbeid, hevder Vik videre. Dette springer ut av et ontologisk/epistemologisk argument: «Vi kan kun erkjenne representasjoner». I filosofien kalles denne posisjonen for «antirealisme». Men er

de normative implikasjonene Vik trekker fra denne kjensgjerningen, nødvendige? Hva ville det si å erkjenne «ting i seg selv»? Det ville innebære en slags fullstendig enhet med alle ting. Det kan kanskje best beskrives som en ikke-eksistens. Å eksistere er å være adskilt fra andre ting, og det muliggjør derfor alt vi verdsetter. Fragmenteringen fører med andre ord ikke *nødvendigvis* til en sorg, men like gjerne til en ontologisk/epistemologisk informert ekstatisk lettelse. Satt på spissen: Vi trenger ikke psykoterapi fordi vi ikke ikke-eksisterer.

De generelle betegnelsene på psykoterapiens etos er banale fordi vi lever i en verdipluralistisk verden. Minste felles multiplum blir da prinsipper som «velgjørenhet», «ikke-skade», osv. Hva skjer når vi blir mer spesifikke? Ved å vektlegge autentisitet har vi utelukket kulturer som ikke anser autentisitet som viktig. Ved å hevde at eksistensen vår er tragisk, har vi valgt et verdenssyn – blant flere. Vi bør være prinsipielt åpne for at psykoterapien har en grunnetos, men jeg tror ikke vi kan fylle et slikt begrep på en meningsfull måte. På samme måte må vi være prinsipielt åpne for at vi en dag kan finne et enkelt epistemologisk perspektiv i psykologi – selv om ingenting tilsier at det noen sinne vil skje.

Noen grunnlagsspørsmål har vi faktisk gode tentative svar på: All psykoterapi er tuftet på en (eller annen) etos. Hvis vi kan bruke krefter på å få helsemyndigheter, forskerfelleskapet, utdanningsinstitusjoner og fagforeninger til å anerkjenne dette konstitutive vilkåret for psykoterapi, vil det være et veldig stort fremskritt i forståelsen av hva psykoterapi er. ✕

”

Og selv om psykoterapi skulle være særegent, er det dermed sagt at dens verdigrunnlag trenger å være det?

REFERANSER

- Aristoteles. (1999). *Den nikomakiske etikk*. (Rabbås, Ø., & Stigen, A., Overs.). Oslo: Bokklubben dagen bøker
- Berg, H., & Slaattelid, R. (2017). Facts and values in psychotherapy: A critique of the empirical reduction of psychotherapy within evidence-based practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(5), 1075–1080. <https://doi.org/10.1111/jep.12739>

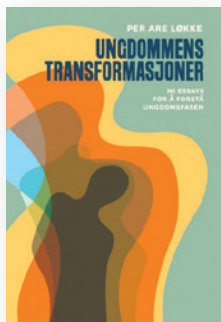
- Foucault, M. (2002). *The order of things: An archaeology of the human sciences*. London: Routledge.
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. Oxford: Basil Blackwell.
- Heidegger, M. (1989). *Contributions to philosophy: From enowning*. Bloomington, In: Indiana University Press.



ANMELDT: BOK

Variabelt om forståelse og behandling av ungdom

Per Are Løkkes sterke engasjement og kjærlighet for ungdommer trenger klart igjennom i denne boken. De ulike essayene er imidlertid av variabel kvalitet.



BOK *Ungdommens transformasjoner*

FORFATTER

Per Are Løkke

ÅR 2021

FORLAG Gyldendal

SIDER 279

PER ARE LØKKE har skrevet en essaysamling bestående av ni essay «for å forstå ungdomsfasen». Essayene behandler tematikken både fra sosiologisk, historisk, kulturelt og psykologisk ståsted, og han har mange kilder innenfor flere fagfelt som han øser av. I boken omtaler han vår tids syn på og møte med ungdom i skolen, i familien og i behandlingsapparatet. Per Are Løkke har et sterkt engasjement og en åpenbart dyp kjærlighet for ungdommer og faget sitt.

De ulike essayene er av variabel kvalitet. Noen er svært leseverdige, mens andre er preget av stadig nye formuleringer av den samme røde tråden. Mange formuleringer er åpnende og klargjørende, mens andre kan minne om det som kan uttrykkes, som at «grunt, grumsete vann og dypt, klart vann har det til felles at det er vanskelig å se bunnen».

Særlig uttalelser omkring «moderniteten», «transformasjon» og «de nye autoritetene» skaper en usikkerhet hos meg på hva han egentlig mener.

I første essay, «Moderniteten og de nye autoritetene», omtaler han endringen fra 70/80-tallet betegnet som «moderniteten», som var kjennetegnet av «økt globalisering, store teknologiske fremskritt, økt statlig involvering i det som tidligere var den private sfæren, grådige kapitalisme, økt migrasjon, større likestilling, endrede kjønnsroller ... osv.» (s. 24).

De unge møter en komplisert og motsetningsfylt virkelighet, og i denne forbindelse er det han kaller «den relasjonelle vendingen», viktig.

Det nye er at alle blir forstått, at det er stor åpenhet om sårbarhet og psykiske plager, at kjønnsidentitet er åpen for valgfrihet, at foreldre nå forstår og bekymrer seg mer for ungdommens psykiske helse enn de stiller krav og setter grenser.

På den andre siden bombarderes ungdommene av stimuli og påvirkning i høyt tempo gjennom alle mulige kanaler og sosiale medier. Og der er de «nye autoritetene» i form av markeds- og konsumsamfunnets krefter. Dette gjør det krevende å finne noe å opponere mot og frigjøre seg fra som ungdom, skriver han. Det blir liksom ingen vegger å slå inn eller rammer å sprengte fordi foreldrene er forståelsesfulle, men svake på den ene siden, og presset på å lykkes er sterkt på den andre.

Per Are Løkkes røde tråd i essayet om «Skolen og fremveksten av en hardere virkelighet» er nettopp dette at dagens ungdommer utsettes for stress og press fra en skole som er prestasjonsorientert, konsumpreget og styrt av økonomiske premisser. Han viser til flere andre forfattere som mener det samme.

Løkke viser til karakterpress og press på framføringer, og argumenterer med at ungdom som ikke lykkes i slike krav, blir sykeliggjort.

Men jeg finner lite eller ingen dokumentasjon som understøtter analysen, utover forfatterens egne observasjoner:

ANMELDT AV

Elisabeth Myrstad

«Alle ungdommer jeg snakker med i dag, fortolker, forstår, posisjonerer og kritiserer seg selv ut ifra en skolehverdag der idealet er prestasjoner og konkurranse. Nesten alle, uansett hvor på karakterskalaen de befinner seg, forteller om en angst for å falle utenfor, og alle har forskjellige urovekkende fantasier om hva 'å falle utenfor' betyr» (s. 71).

Jeg opplever imidlertid at få av de ungdommene jeg snakker med i min psykologpraksis, ser på sin skolehverdag på denne måten. Mange har fått tilpasset skolegang, tilretteleggelse og flere og nye muligheter når de ikke lykkes i første runde. Mange får utfolde spesielle talenter og interesser innen musikk, dans, drama, idrett og yrkesvalg uten å måtte prestere på høyt nivå.

Angsten for å falle utenfor er stor og gjennomgripende for ungdommer. Slik er det nå, og slik har det vært til alle tider. Nå er nok angsten for å bli stemt ut av en russebuss større enn angsten for ikke å komme inn på det studiet man ønsker. For det finnes flere veier til en god utdanning enn det har gjort tidligere. Lykkes man ikke med første forsøk, finnes det som regel en god alternativ løsning. Men den skaden som påføres selvfølelsen gjennom erfaringen med å bli ekskludert fra jevnaldrende grupper man ønsker å tilhøre, er langt sterkere.

Jeg synes derfor ikke at Per Are Løkke helt treffer vår tid med å gjøre skolen som kapitalismens forlengede arm til den aller største stressfaktor i alle ungdommers liv.

Sett fra mitt ståsted står essayet «Psykologi som ideologi» ut som bokens klart beste. Der gir forfatteren en viktig og svært god oppsummering av fagets utvikling, hvordan det normale ble patologisk og det patologiske det normale, slik det er blitt gjennom full åpenhet om egne psykiske lidelser i dagens mange ulike former for selvavsløringer.

Han viser også hvordan psykologien i dag, som er dominert av symptomfokus og kognitive og biomedisinske behandlingsmetoder, ikke møter ungdommene slik de trenger det: som subjekter i utvikling og på søken etter identitet.

Han avslutter kapittelet med ti prinsipper om hva som bør veilede en terapi med ungdommer. Blant annet fremhever han betydningen av flersidig tilnærming, av å være ikke-styrende, men gi rom for at ungdommene kan oppdage seg selv, og forståelse for symptomenes meningsdimensjon.

Gjennomgangen av disse prinsippene gjør boken verdt å lese.

I essayet om «Familiens støpeformer» påpeker han at det foreløpig mangler en foreldremodell som «forener autoritet og omsorg» (s. 108), fordi «fedrene tilpasser seg kvinnes modell for nærvær og omsorg fremfor å utvikle en egen posisjon» (s. 114).

Dette viktige temaet omkring søken etter en ny form for maskulinitet går igjen i essayene «Slekter som følger slekters gang», «Generasjoner med mødre og døtre» og «Den unge gutten». Særlig sistnevnte essay er viktig fordi Løkke påpeker vanskene med å finne den nye maskuline identiteten.

I essayet «Lytteuren» har forfatteren mange formuleringer omkring betydningen av åpenhet og vekt på ungdommen som subjekt. Det viktigste i essayet slik jeg ser det, er det han skriver om «ontologisk masochisme» (s. 258–260), og diskusjonen innenfor faget om man kan og skal være nøytral som terapeut, eller som han skriver: «Det er umulig å være terapeut og utslette virkningen av sin egen personlighet» (s. 259). Jeg er



Jeg synes derfor ikke at Per Are Løkke helt treffer vår tid

enig med ham i at et nyttig terapeutisk møte er der terapeuten som subjekt møter ungdommen som subjekt. Samtidig vil jeg understreke at ansvaret for fagligheten, relasjonen og overblikket hviler alene på terapeuten.

RØDE TRÅDER OG GJENGANGERE

Løkke fører en paradoks, autoritativ penn ved å bruke forsiktige formuleringer som gjentas. På s. 235 skriver han for eksempel: «Jeg har her antydning at ...» Han har så absolutt langt mer enn antydning. I innledningen skriver han også: «En av denne bokens røde tråder er at dagens psykiatri og psykologi ikke lenger har plass til ungdommens kompliserte subjektivitet» (s. 15). Dette er jeg uforbeholdent enig i, og det kan kanskje ikke gjentas for ofte.

En annen gjennomgående rød tråd i boken er at vi er alle ofre for moderniteten, for de nye autoritetene, for konsumsamfunnet og prestasjonspresset som stresser oss til måloppnåelse på bekostning av å leve og å være og åpne opp for å finne oss selv. Men er vi så uten evne eller mulighet i vårt samfunn i dag til å gjøre egne valg og vurderinger, fristille oss selv fra presset utenfra? Jeg er ikke så sikker på det.

Samlet sett er dette en bok som gir inspirasjon til egen tenkning. Den er imidlertid unødig lang og ordrik etter mitt syn, med mange gjentakelser av de røde trådene. Men dersom man bare leser ett og ett essay hver for seg, er de mange ordene og gjentakelsene både nødvendige og nyttige. ❌

En helt nødvendig bok

God faglitteratur kan være en kur mot udugelighetsfølelsen jeg kan føle som terapeut.



BOK *Å ønske, men ikke våge: Om engstelig unnvikende personlighetsproblemer*

FORFATTER Theresa Wilberg & Ingeborg Ulltveit-Moe Eikenæs

ÅR 2022

FORLAG Gyldendal

SIDER 264

UDUGELIGHET ER EN følelse de fleste terapeuter (som er ærlige med seg selv) har kjent på. Når den terapeutiske selvfølelsen er på sitt beste, kan jeg kjenne meg fri og spontan i møte med pasienten; åpen for det som oppstår i øyeblikket og med en relativt klar plan bak det jeg driver med. Motsatt er det i det livløse terapirommet, preget av kjedsomhet, usikkerhet og altså denne udugeligheten. En grunnleggende feilantakelse er å anta at alle pasienter kan svare på spørsmålene våre. Når svaret så er «jeg vet ikke», eller ikke engang det; et skuldertrekk eller et tomt blikk – da vet jeg ikke hva jeg skal gjøre. Jeg tar meg i å kikke ut av vinduet, i håp om at det skal åpenbare seg en veileder som kan redde meg ut av situasjonen, at tiden skal gå ut.

Vi terapeuter ligner pasientene våre i at vi også ønsker å unngå det ubehagelige, som ofte sammenfaller med det vi ikke forstår. Det går an å forstå en kjernepatologi bestående av separasjonsangst i en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, krenket narsissisme eller eksternalisierende sinne. Vanskeligere er det når vi rent faktisk ikke har noe å jobbe med, i møte med pasienter som mangler språk for følelser og seg selv, og som tilsynelatende avslår alle terapeutens invitasjoner til kontakt og relasjon. En pasientgruppe hvor disse problemstillingene er spesielt aktuelle, er hos personer med engstelig unnvikende personlighetsproblemer. Boken *Å ønske, men ikke våge* retter søkelyset mot nettopp denne gruppen, og forfatterne har et mål om å skape en bedre forståelse av engstelig unnvikende personlighetsproblematikk både innenfor og utenfor helsevesenet.

INKLUDERENDE FAGLITTERATUR

Psykiaterne Theresa Wilberg og Ingeborg Ulltveit-Moe Eikenæs gir en grundig og respektfull innføring i hvordan vi kan forstå engstelig unnvikende personlighetsproblemer, både i mildere former og når problemene blir så omfattende at vi kaller det en personlighetsforstyrrelse. Sånn sett representerer boken på en fin måte den

dimasjonale dreiningen innen personlighetsfeltet, og kan dermed være nyttig også utenfor terapirommet. Det er tydelig at forfatterne har ønsket å skrive en inkluderende bok som skal dekke mye. Den er rik på kliniske vignetter og hverdagsbeskrivelser av mennesker med ulike grader av personlighetsproblemer, noe som både bryter fagstoffet ned i passelige bolker for den allmenne leser, og samtidig dekker de fleste personlighetsmessige domene på en tilfredsstillende måte for fagpersonen. Best er boken når den klarer å forene den spesifikke dybdekunnskapen med det brede utgangspunktet, slik som i drøftingen av differensialdiagnostikk, eller i den grundige presentasjonen av personlighetsfungeringen hos personer med engstelig unnvikende personlighetsproblemer. Språket er klart og forståelig, tidvis på grensen til det hverdagslige, uten kildehenvisninger i selve teksten. Et kjapt blikk på oversikten over referanser og anbefalt litteratur, underbygger forfatterens påstand om at denne pasientgruppen lenge har vært underbelyst i faglitteraturen, men stort sett får forfatterne får mye ut av et begrenset kildemateriale.

Bokens teoretiske fundament er trygt plassert innenfor den mentaliseringsbaserte terapidradisjonen – som i flere tiår har vært en nyttig behandlingsmodell i møte med ulike former for personlighetsproblematikk – men den åpner seg også opp mot andre terapietninger i kapitlene om behandling, blant annet skjemafokusert terapi og metakognitiv terapi. Avslutningsvis vier boken en god del plass til generelle og spesifikke behandlingsprinsipper i møte med moderate til alvorlige personlighetsproblemer. For dem som har bakgrunn fra behandling av personlighetsforstyrrelser, vil mye av dette være kjent stoff, men det kan likevel være nyttig for å finne fokus og identifisere vanlige barrierer i behandling med denne pasientgruppen.

PERSONLIGHETSPROBLEMER I KONTEKST

Forfatterne skal ha ros for å sette engstelig unnvikende personlighetsproblemer – og dermed

ANMELDT AV
Daniel Gunstveit



LENGTE UT ET VINDU Jeg tar meg i å kikke ut av vinduet, i håp om at det skal åpenbare seg en veileder som kan redde meg ut av situasjonen, at tiden skal gå ut, skriver artikkelforfatteren. Foto: Fortepan / Saly Noémi / Wikimedia

også terapeuten og behandlingssystemet – inn i en større kontekst, ved å inkludere kapitler om blant annet barnehage, skolegang, arbeidsliv og NAV, heller enn å skrive en «ren» bok om psykopatologi. Dette gjør boken fremtidsrettet, da den moderne terapeuten er en del av et større system, og gestalter samtidig holdningen at psykoterapi ikke er svaret på alle psykiske helseplager, og at det faktisk ikke er alle som har utbytte av terapi.

Samtidig er noen av kapitlene litt vel korte og grunnleggende, eksempelvis kapitlene om vanlige tilleggsproblemer, kulturelle forhold og arbeidsliv/NAV, noe som imidlertid kan

skyldes et begrenset kildemateriale. Deler av boken legger seg også på et grunnleggende nivå, som later til å henvende seg mer til lesere med lite kjennskap til helsevesenet. Dette fungerer som god psykoedukasjon, men erfarne terapeuter vil kanskje innimellom bli noe utålmodige under lesingen. Dette blir imidlertid bagateller i den store sammenhengen; dette er en bok jeg har hatt stor glede av å lese. Den åpner mange rom for videre utforskning og skaper et ønske i leseren om å få vite mer om engstelig unnvikende personlighetsproblemer. Nysgjerrighet er en god kur mot udugelighetsfølelsen. ✘

”

Vi terapeuter ligner pasientene våre i at vi også ønsker å unngå det ubehagelige, som ofte sammenfaller med det vi ikke forstår

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

Kvalitetsarbeid – eksternt og internt

Veldig mye av det arbeidet vi gjør sentralt i NPF, handler om kvalitet og kvalitetsutvikling. Vi er opptatt av å arbeide for bedre kvalitet i tjenestene og tilbudet vi gir til befolkningen, men det innebærer også at vi kontinuerlig må arbeide for å utvikle og evaluere hvordan vi arbeider med kvalitet internt, både sentralt politisk, i sekretariatet og gjennom foreningens ulike utvalg.

FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN



TEKST

Arnhild Lauveng,
Visepresident med
ansvar for fag- og
profesjonspolitik

Denne landsmøteperioden har vi arbeidet spesifikt med tre landsmøteoppdrag om kvalitet: Strategi for kvalitet i spesialisthelsetjenesten, Strategi for kvalitet i kommunale tilbud og Strategi for kvalitet i spesialistutdanningen. De to første strategiene handler om at NPF skal ha gode strategier for å arbeide for bedre kvalitet i tjenestene, og sentralt i begge disse strategiene er tydelige mål, samt metoder for både sentral og lokal påvirkning. Begge strategiene ligger på hjemmesidene våre, og der kan man lese både selve strategiene og følge med på hvordan vi arbeider for å komme nærmere målene i disse.

På det siste området, kvalitet i spesialistutdanningen og strategier for utvikling av terapeutkompetanse, har vi hatt en egen arbeidsgruppe. Denne gruppen arbeidet først med å foreslå nye krav til veiledning i spesialistutdanningen, med særlig vekt på direkte observasjon. Deretter arbeidet gruppen videre med å se på hva som sikrer utvikling og opprettholdelse av terapeutferdigheter, også etter at man er ferdig med spesialiseringen. Dette arbeidet ligger til grunn for det kontinuerlige arbeidet med spesialiseringens utdanningen, og det var også relevant når sentralstyret i juni vedtok nye retningslinjer for vedlikeholdsaktivitet.

I tillegg til disse landsmøteoppdragene arbeider vi selvsagt med kvalitet hele tiden. Både eksternt, for å øke kvaliteten i tjenestene, og internt, for å sikre at våre egne rutiner og vårt eget kvalitetsarbeid er optimalisert.

Vi har per i dag 13 fagutvalg som har ansvar for hver sin spesialisering, og de arbeider hele tiden med å sikre kvaliteten i hvert program. Spesialitetsrådet, bestående av lederen fra hvert fagutvalg, har ansvaret for de mer overordnede og prinsipielle sidene ved spesialiseringen, på tvers av de ulike spesialitetene.

Vi har også et eget kvalitetsutvalg, KU, som i denne perioden har arbeidet med mange

viktige saker, særlig knyttet til strategiene for kvalitet i spesialisthelsetjenesten, og til hovedsatsingsområdet (Arbeid og utdanning: påvirkningsfaktorer og inkluderingsarenaer). KU gjør et viktig arbeid, men de har et stort og omfattende mandat, som på noen områder også er overlappende med mandatet til spesialitetsrådet, samtidig som virkemidlene og rammene til KU er begrensede, sett i forhold til det mandatet de har.

Vi har derfor påbegynt et arbeid som vil se på mandatene til noen av de sentrale utvalgene, inkludert KU og Spesialitetsrådet, for å se om disse bør justeres eller endres, og/eller om det er andre endringer som bør gjøres for å sikre at de utvalgene som arbeider med kvalitetsutvikling, har de beste forutsetningene både for å gjøre dette, og for å samarbeide med hverandre.

Dette henger også sammen med organisasjonsgjennomgangen som vi har arbeidet mye med denne perioden, og som vil bli en viktig sak på landsmøtet i november. Det er et tydelig ønske og behov for at tillitsvalgte innen arbeidssektorområdene skal få en plass i organisasjonskartet, og et forslag om å danne egne utvalg for de ulike sektorene. Det er et viktig og nødvendig forslag. De tillitsvalgte i disse sektorene er selv tydelige på at de ønsker å involveres mer, ikke bare i lønns- og arbeidsmarkedspolitikk, men også i kvalitets- og fagutvikling. Det er naturlig. God fagutøvelse henger naturlig sammen med arbeidsforhold og rammer i tjenestene, disse faktorene er gjensidig avhengig av hverandre, og må sees i sammenheng. Samtidig gjør dette det enda viktigere at vi internt ser på sammenhengen mellom alle de utvalgene vi har, og mandatene deres, slik at vi sikrer oss mot dobbeltarbeid, og heller fremmer godt samarbeid og god utnyttelse av ressurser og kunnskap.

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

Lokale forhandlinger i kommunal sektor

Her skal vi komme med noen råd og tips til deg som skal forhandle lønn lokalt i kommunen (unntatt Oslo kommune).

- Det skal forhandles lønn for *alle* kommunalt ansatte psykologer innen den 1. oktober hvert år. Du må finne ut hvordan dette skal foregå, og hvordan du vil bli ivaretatt – hvem skal forhandle for deg? Du kan da kontakte tillitsvalgt, nærmeste leder eller personalavdelingen for å avklare videre forhandlingsprosess. Forhandlingsplikten er klart hjemlet i hovedtariffavtalen, arbeidsgiver kan ikke motsette seg å forhandle.
- Forhandlingene foregår lokalt i den enkelte kommune. Psykologer får all lønn fastsatt etter lokale kollektive forhandlinger og får ingen tillegg sentralt. Det er i tråd med Psykologforeningens og Akademikernes lønnspolitikk.
- Kriteriene for lønnsfastsettelsen følger av hovedtariffavtalen kapittel 5 – stillingens kompleksitet og den enkelte ansattes kompetanse, ansvar, resultatoppgjør og innsats. Videre er det avtalt at det skal være naturlig sammenheng mellom arbeidstakerens kompetanse, kompetanseutvikling og lønnsutvikling. Relevant etter- og videreutdanning skal vektlegges.
- Virkningsdato for lønnstillegget skal være 1. mai 2022, med mindre partene lokalt blir enige om noe annet. Arbeidsgiver kan ikke ensidig bestemme en annen virkningsdato.
- Ved lokale lønnsforhandlinger skal det tas hensyn til lønnsutviklingen i tariffområdet – det vil si lønnsutviklingen til de ansatte som har fått ny lønn fastsatt sentralt. Resultatet her var på 3,84 %. Dette gjelder stort sett alle andre kommunalt ansatte enn akademikere og ledere.
- I de fleste situasjoner snakker man lokalt om en nivåheving (friske penger per 1. mai), men blir det snakk om overheng eller glidning, ta kontakt med Forhandlingsavdelingen.
- Relevant bakgrunnsinformasjon når det gjelder hvor mye man bør kreve i lønnsøkning, kan være snittlønn for kommunalt ansatte psykologer, snittlønn fra andre sektorer og lønnsnivå på sammenlignbare stillinger i kommunen. Mer informasjon om dette står i rundskriv fra Forhandlingsavde-

lingen. Ring gjerne rundt og spør om resultater i nabokommuner og nærliggende helseforetak. Lokale forhold avgjør hvor høyt et lønnskrav bør være.

- Andre argumenter for lønnsøkinger kan være:
 - Alle ansatte forventer å få et årlig lønnsopprykk.
 - Ønske om / behov for stabilitet i personalgruppen / psykologgruppen, og å beholde spesiell kompetanse. Snakk med lederen din om dette på forhånd.
 - Utvikling i stillingen / kompetansen siden forrige lønnsregulering.
 - Eventuelle endringer av stillingens arbeidsoppgaver og ansvarsområde
- Hvis du er eneste medlem i Psykologforeningen i kommunen og møter motstand på å få forhandle for deg selv, så kan du ta kontakt med Forhandlingsavdelingen slik at vi kan bistå med å finne en løsning.
- Akademikerne avholder opplæringskonferanser for tillitsvalgte knyttet til lønnsforhandlinger – se informasjon: <https://akademikerne.no/kurs-og-konferanser/regionale-opplaeringskonferanser-for-kommunal-sektor>. Vi anbefaler at tillitsvalgte som skal forhandle, deltar på en av disse konferansene.

Alle medlemmer som er registrert med kommunal arbeidsgiver, skal ha fått tilsendt rundskriv med tips og råd i forbindelse med de lokale forhandlingene. Kontakt oss om du ikke har fått dette rundskrivet, eller hvis du har andre spørsmål. Den som skal forhandle, kan gjerne ta kontakt i forkant, så tildeler vi en rådgiver som er tilgjengelig under forhandlingene.

Psykologforeningen avholder digital spørretime knyttet til de lokale forhandlingene 24. august fra 1300 til 1500. Link til dette har blitt sendt ut til alle medlemmer i kommunal sektor.

Forhandlingsavdelingen er tilgjengelig på forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no eller via den daglige telefonvakt mellom kl. 1215 og 1500. Du når oss på 23103130.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST Ellen Ekre
Engh, spesialrådgiver/
advokat

LIVSKOMPASS

ACT – takle stress og fremme helse

Bli kursholder i en evidensbasert metode for å styrke psykisk helse og velbefinnende, Acceptance & Commitment Therapy.

Vitenskapelige studier viser at kurset blant annet reduserer stress, depressivitet, angst og fremmer mental helse.

Du får en 300 siders manual, fire dagers utdanning, powerpoint-presentasjoner, filmer, samtalekort, ACT-online og andre materialer for å holde et variert og engasjerende kurs.

Start 10. oktober, online

Mer informasjon: www.livskompass.se/norge/

12 dagers Treningsprogram i Acceptance and Commitment Therapy (ACT), kull 5



Bedre Terapeuter

Kursholdere: Psykologspesialistene Asle T. Elen og Thorvald Andersen, samt Richard Bennett (Ph.D)

Vil du lære ACT eller videreutvikle eksisterende ACT-ferdigheter? Vi tilbyr et velutprøvd og omfattende program med nok dybdetrening til å kunne anvende ACT i din kliniske praksis. Kurset gir også mulighet til å lære ACT direkte fra Richard Bennett som er en verdensledende ACT-trener med svært bred erfaring. Søkes godkjent som 72 timers vedlikeholdskurs for psykologspesialister.

Sted: Tønsberg. Tollboden, Nedre Langgate 38.

Dato: 23-25 november 2022. 8-10 februar 2023.
19-21 april 2023. 30 august-1 september 2023.

Pris: 27.500 Kr. inkl. lunsj, kaffe og frukt.

Hjemmeside: www.bedreterapeuter.no.

Kontakt: kontekstuell@gmail.com

Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening
på Facebook

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



KURS I KLINISK SUICIDOLOGI FOR LEGER OG PSYKOLOGER SOM ARBEIDER MED VOKSNE

**Fra selvmordsrisikovurdering
til behandling av kronisk suicidalitet**

Tid/sted: 7.–9. november 2022,
Clarion Collection Hotel Gabelshus i Oslo

Pris: kr 5 400,- inkl. lunsj, kaffe/te
Påmeldingsfrist: 12. september 2022

Spesialister i psykiatri og klinisk psykologi vil bli prioritert.

For mer informasjon og påmelding:
www.selv mord.no

NSSF



Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging



UNIVERSITETET
I OSLO



Institutt for Mentalisering (IM)

Kursprogram høst 2022 – vår 2023

Institutt for Mentalisering har et omfattende kursprogram som er tilpasset alle nivåer i helsevesenet, fra døgninstitusjoner til DPS'er og poliklinikker, og til privat praksis. Det kan handle om foreldre og barn (MBT-C), ungdommer med utfordringer (MBT-A) eller voksne med større eller mindre personlighetsproblemer. Mentaliseringsbasert terapi (MBT) kan gis som individualterapi, gruppeterapi eller miljøterapi og være en forståelsesramme for dynamikken i organisasjoner. Mange DPS'er og rusinstitusjoner har nå egne MBT-team for behandling av alvorlige personlighetsforstyrrelser, ofte med ledsagende rusproblemer eller spiseforstyrrelser. Mer informasjon om kursene finnes på vår hjemmeside www.mentalisering.no.

Introduksjonskurs i mentalisering og MBT. Dette tre dagers kurset gir en innføring i teorien som ligger til grunn for mentaliseringsbegrepet, grunnleggende kunnskap om MBT og praktisk trening i mentaliserende holdning og terapiteknikker. Lærere er Finn Skårderud og Sigmund Karterud.

25.-27. august 2022, Felix Konferansesenter, Oslo.

Videregående kurs i MBT individual- og gruppeterapi. Det er snakk om to forskjellige kurs som går over 8 ganger i løpet av ett år. Det legges stor vekt på teknisk terapeutiske ferdigheter, basert på deltakernes video-opptak av egne pasienter med store personlighetsproblemer. Undervisningen veksler mellom plenum og små grupper. Lærere er Finn Skårderud og Sigmund Karterud.

Oppstart januar/februar 2023.

Mentaliseringsbasert arbeid med barn og unge. Dette tre dagers kurset gir en innføring i teori og terapeutisk praksis i arbeid med MBT og barn og unge. Lærere er Norka Malberg og Mark Dangerfield.

10.-12. oktober 2022, Oslo

MBT-G Erfaringskonferanse. Dette er en dagskonferanse rettet mot alle som driver MBT-grupper. Hensikten med dagen er å formidle faglig oppdatering om MBT-G, utveksle erfaringer fra MBT-G i forskjellige sammenhenger og stimulere nettverksdannelse og påfyll av faglig inspirasjon til videre klinisk arbeide.

28. september 2022, Felix Konferansesenter, Oslo

Mentaliseringsbasert familierapi (MBT-F) i Toscana. Gjennom en tredagers workshop i Toscana vil deltagerne få en introduksjon i teorien som ligger til grunn for mentalisering, samt tilnærminger og teknikker knyttet til mentaliseringsbasert familierapi. Lærere er Finn Skårderud og Eia Asen.

22 - 24 mai 2023. Kurset vil bli holdt på det tradisjonsrike hotellet Albergo Posta Marcucci i hjertet av Toscana.

Personlighetsfokusert terapi (PFT). Dette er to separate dagskurs, ett teoretisk og ett praktisk, om mentaliseringsorientert terapi for klienter med symptomlidelser og lettere til moderate personlighetsproblemer. Kurset baserer seg på moderne dynamisk personlighetsteori og terapien er en syntese av selvpsykologi og MBT med stor vekt på emosjonsintegrering. Lærer er Sigmund Karterud.

Teoretisk kurs avholdes 6. oktober, og praktisk terapeutisk kurs avholdes 7. oktober, begge på Felix konferansesenter.

Digitalt kurs i Mentaliseringsbasert miljøterapi (MBT-M). Utdannelsen består av videobaserte forelesninger og rollespill over fire moduler. Femte modul er et oppsummerende online digitalt møte med alle deltakerne. Utdannelsen gir solide refleksjoner om miljøterapiens mange utfordringer, inkludert en rekke forskjellige kliniske og diagnostiske utfordringer, ansattes personlige profesjonelle kompetanse – og ikke minst mentaliseringsbasert helseledelse. Relevant for alle som arbeider i miljøterapeutiske rammer.

Avholdes digitalt i perioden januar-mai 2023.

STIFTELSEN MENTALHYGIENISK RÅDGIVNINGSKONTOR UTLYSER STIPEND FOR 2023

Stiftelsen *Mentalhygienisk Rådgivningskontor* formål er å fremme virksomhet innen det barne- og ungdomspsykiatriske helsevern ved tildeling av stipend til enkeltpersoner og institusjoner. Formålene det kan søkes midler til må ha en bred forankring innen den psykodynamiske tradisjon som hele tiden har vært Mentalhygienisk Rådgivningskontors arbeidsform og forståelse.

Søknadsskjema, personvernerklæring og informasjon hentes ut via denne linken:

<http://medmenneskeoslo.com/legater/>

Det MÅ sendes en søknad for hvert prosjekt og for hver person. Søknaden må inneholde en oversikt over hva pengene skal brukes til. Det må foreligge en prosjektplan med budsjett og informasjon om hvorvidt det foreligger annen finansiering.

Den som tildeles midler må gi en skriftlig rapport med vedlagt regnskap tilbake til Stiftelsen for å dokumentere at stipendet har blitt brukt til det formålet det ble søkt om. Ikke disponerte midler tilbakebetales. Dette må gjøres innen 30.04 året etter.

Ytterligere informasjon ved henvendelse til psykiater Rune Johansen, tlf. 916 65 227, e-post ru-jo3@online.no eller til psykolog Ingeborg Aarseth, tlf. 947 91 550, e-post ingeborg.aarseth@gmail.com

Styret i *Mentalhygienisk Rådgivningskontor* vurderer søknadene og tildeler midler. Det overordnede hensyn ved vurderingen er prosjektets kliniske relevans.

Søknad sendes pr. e-post til:
randi.hammerstrom@gmail.com eller
senayt.kidane@redcross.no

Eventuelt pr. post til:
Mentalhygienisk Rådgivningskontor
v/Oslo Røde Kors
att: Senayt Kidane
Pb. 3 Grønland
0133 Oslo

Søknadsfrist: 12. september 2022.

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

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?

Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemside
eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no

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: 19.09, 19.10, 18.11



Reduksjon og kvalitetssikring av tvangsbruk

Bruken av tvang i psykisk helsevern har vært i fokus og under kritikk de siste årene. Helsetjenesten og Loven for psykisk helsevern har gjennomgått omfattende endringer og stiller nye krav til behandlingsapparatet

Målgruppe:

Psykologer, psykologspesialister, leger i spesialiseringsforløp og psykiatere som arbeider med, eller interesserer seg for, riktig- og redusert bruk av tvang.

Innhold:

Kurset presenterer hovedlinjene i tvangsfeltet og viser til aktuelle utfordringer som psykisk helsevern står overfor. Det viser til ulike perspektiver på tvangsbruk med klinisk forankring. Kurset ønsker å bygge bro mellom lovverk og praksis, invitere til refleksjon rundt kompleksiteten i feltet, og gjøre deltakerne bedre rustet til å implementere tiltak på egen arbeidsplass som kan redusere bruken av tvang. Det vil vises mer detaljert til tiltak som har vært gjennomført i spesialisthelsetjenesten som har redusert tvangsbruk. Det legges opp til et deltakende kurs.

Om kursleder:

Anders Jacob er utdannet psykolog ved Universitetet i Oslo, og har vært engasjert i tvangsfeltet over flere år. Han arbeider som psykologspesialist på mottakseksjonen på Akuttpsykiatrisk avdeling i Vestre Viken / Blakstad Sykehus, psykologfaglig rådgiver for Blakstad Sykehus, psykologspesialist på Psykiatrisk legevakt i Oslo, og tar mastergrad i helseadministrasjon på medisinsk fakultet, UiO.

Kurset godkjennes som 8 timers vedlikeholdsaktivitet for psykologspesialister.

Sted og dato: Oslo, 1. november 2022

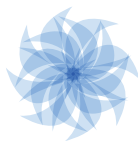
Påmeldingsfrist: 27. september 2022

Kursavgift: kr 3 700,-

Kursnr.: 109-22

Påmelding og ytterligere informasjon

<https://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning>



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

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



TRONDHEIM – GJØVIK – ÅLESUND

ER DU EN AV OSS?

NTNU SØKER ENGASJERTE MEDARBEIDERE

Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap/
Institutt for psykologi

Universitetslektor i klinisk barne og ungdomspsykologi

100 % fast stilling.

Vil du være med og utdanne morgendagens psykologer?

Som vår nye universitetslektor får du jobbet tett med opplæring av studenter i barne- og ungdomspsykologi.

Gjennom undervisning og veiledning blir du sentral i studentenes utvikling som psykologer.

Vi ser etter deg som er autorisert psykolog, med spesialkompetanse i klinisk barne- og ungdomspsykologi. Bakgrunn fra forskning og akademia vil være en fordel.

Lurer du på noe?

Ta gjerne kontakt med klinikkleder Trude Reinfjell på telefon 73 59 76 96/ 905 41 397 eller send en e-post til trude.reinfjell@ntnu.no.

Lurer du på noe om selve ansettelsesprosessen kan du kontakte HR-konsulent Terese Brå på e-post terese.bra@ntnu.no.

Fullstending utlysning finner du på: Jobbnorge.no (ID 228930).

Arbeidssted: Trondheim

Søknadsfrist: 01.09.2022



Jobbnorge.no

Se ntnu.no/ledige-stillinger

The Norwegian University of Science and Technology (NTNU) creates knowledge for a better world and solutions that can change everyday life.



TRONDHEIM – GJØVIK – ÅLESUND

ARE YOU ONE OF US?

NTNU IS LOOKING FOR DEDICATED EMPLOYEES

Faculty of Social and Educational Sciences
Department of Psychology

Associate Professor in Experimental psychology

100 % permanent position.

Workplace: Trondheim

Application deadline:
15.08.2022



Norwegian University of
Science and Technology

Jobbnorge.no

www.ntnu.edu/vacancies

Helse Sør-Øst RHF søker:



Ledige avtalehjemler i 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





Vi søker psykologer

Som første selskap i Norge lanserte Eyr videokonsultasjon på mobilen i 2016, og vi har siden den gang levert gode og trygge digitale helse-tjenester til over 200. 000 pasienter.

Nå skalerer vi opp våre digitale psykologtjenester og trenger flere dyktige psykologer med på laget vårt. Vi har stort behov for psykologer som ønsker full stilling eller deltidsstilling 50 %.

Som psykolog i Eyr vil du sette opp tider for tilgjengelige konsultasjoner selv, og pasientene booker timer i Eyr-appen. Du vil gjennomføre 25 eller 45 minutters videokonsultasjoner med våre pasienter.

Du kan jobbe der du vil, hjemme, på hytta eller på Eyr-kontoret i Kongens gate i Oslo. Vi tror på mangfold i team og tverrfaglig kompetanse for å kunne skape de beste tjenestene for pasientene. Eyr er et nordisk selskap. Har du autorisasjon i Sverige eller Danmark, i tillegg til Norge, er det en fordel, men ikke et krav.

Litt om deg

- Du er autorisert psykolog og synes det virker spennende å jobbe med digitale helse-tjenester
- Du har motivasjon og interesse for å jobbe med ICBT til personer med lett-moderate psykiske lidelser
- Du har lyst til å jobbe i skjæringspunktet mellom utvikling av fremtidens helsetjeneste og klinisk pasientbehandling
- Du har stor faglig integritet, du er faglig trygg i din praksis og kommuniserer godt

Hvorfor velge Eyr

- Vi kan tilby en interessant og innovativ arbeidsplass med stor fleksibilitet
- Vi kan tilby et godt kollegialt samhold, veiledning og faglig påfyll
- Mulighet for å få eierandeler i Eyr som en del av kompensasjonen
- Konkurransedyktige betingelser, subsidiert lunsj og 6 ukers betalt ferie

Søknadsfrist: Løpende

Kontakt: Sjefpsykolog i Norden: Oshadie Samarakoon, mob. 476 453 28, e-post Oshadie@eyr.md

Medisinsk driftskoordinator Marie Haveland e-post marie@eyr.md

Søknad sendes elektronisk til oss via: <https://careers.eyr.md/>

Les også mer om vår tjeneste: <https://eyr.md/>



Vil du gjøre en forskjell for barn og unge utsatt for vold og omsorgssvikt?

Som eneste kommune i Norge har barneverntjenesten i Bærum et team som gir multsystemisk terapi til familier der det forekommer vold og / eller alvorlig omsorgssvikt.

I MST-CAN (Multisystemic therapy – child abuse and neglect) gir terapeutene hjemmebasert behandling til hele familien for å forhindre omsorgsovertagelse og plassering utenfor hjemmet. MST-CAN teamet består av én leder/veileder, fire terapeuter/psykologer og én miljøterapeut.

Vi har nå en ledig terapeutstilling der vi søker lærevillige og fremoverlente psykologer eller psykologspesialister. Stillingen innebærer en unik mulighet for opplæring i og arbeid med en systemisk og fleksibel behandling for barn og unge utsatt for vold og alvorlig omsorgssvikt. Psykologene har selvstendig behandlingsansvar og samarbeider tett med resten av teamet i det daglige arbeidet.

Rekrutteringen blir gjort i et samarbeid mellom Bærum kommune og Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU), som har faglig ansvar for behandlingsmodellen.

Se fullstendig utlysningstekst og søk på stillingen: www.baerum.kommune.no og www.finn.no



BÆRUM KOMMUNE

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2022

SPELPLASSERING:

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 5 950 per måned eller kr 1950 per uke kan annonsen vises på forsiden av www.psykologtidsskriftet.no under boksen for «ledige stillinger».

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

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

ANNONSEFORMATER

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

PRISER STILLINGSANNONSER/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

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

For bestilling eller mer informasjon kontakt oss på e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33.

St. Olavs hospital – Universitetssykehuset i Trondheim, Fosen-Teamet,
Nidaros DPS, Klinikk Psykisk Helsevern, Allmenn, Rehabilitering og sikkerhet søker

Psykolog/psykologspesialist i 100 % stilling

Vil du bli vår nye kollega i Fosen-Teamet?

Fosen-Teamet er en allmennpsykiatrisk poliklinikk for voksne med drift på Fosenhalvøya. Vi er organisert sammen med Nidaros DPS og har kontor i Rissa, Åfjord og på Brekstad. Fosen-Teamets base er i Rissa, hvor hele teamet samles ukentlig. Resten av uka er behandlerne fordelt mellom de tre kommunene og Nidaros DPS sitt hovedkontor i Trondheim. Våre arbeidstidsordninger gir gode muligheter for å kunne bo i Trondheimsregionen og jobbe på Fosen.

Fosen-Teamet har røtter i et relasjonelt perspektiv. Vi har regelmessig team-veiledning med ekstern veileder. Vi har et nært samarbeid med familievernkontoret i Trondheim i form av veiledning i familiesaker. Det vil være en fordel om vår nye medarbeider har interesse for familierterapi og systemteoretisk tenkning. Ettersom vi møter så mange ulike mennesker og problemstillinger, har vi behov for en bred kompetanseprofil ved vår DPS og våre poliklinikker har opparbeidet seg god kompetanse på ISTDP, EMDR, kognitiv terapi og ulike traumebehandlingsformer. Du er velkommen til å ta kontakt om du vil vite mer om stillingen og måten vi jobber på!

Nidaros DPS er en del av spesialisthelsetjenesten i Psykisk Helsevern for voksne i Trøndelag, og ligger på Østmarkneset, Lade. Vi har lokalsykehusfunksjon for en befolkning på ca. 115 000 innbyggere. Opptaksområde går fra Fosen i vest via Trondheim og Malvik og Selbu i øst. Våre kjerneoppgaver består av utredning, diagnostikk og behandling til voksne med psykiske helseutfordringer. Oppfølgingen og behandlingen kan være både akutt og planlagt, poliklinisk eller ved døgnopphold. Vi er opptatt av fag, kompetanseutvikling og forskning. Vi har et eget Lærings- og mestringssenter med fokus på pårørende, samt et forsterket fokus på psykisk helse og arbeid.

Arbeidsoppgaver

- Utredning og behandling av pasienter
- Måltrettet samarbeid internt med våre samarbeidspartnere
- Bidra faglig gjennom veiledning, undervisning og teamarbeid (psykologspesialist er tillagt veiledningsansvar for psykologer under spesialisering)
- Delta i faglig utviklingsarbeid og planlegging
- Holde seg oppdatert innen eget fagområde

Kvalifikasjoner

- Autorisert psykolog/psykologspesialist
- Klinisk erfaring for å møte et spekter av psykisk problematikk

- Personlig egnethet og gode samarbeidsevner
- Interesse for faglige utfordringer i et flerkulturelt område
- Evne til fleksibilitet og selvstendighet
- Gode kommunikasjonsferdigheter
- Utredningskompetanse
- God skriftlig fremstillingsevne
- Må beherske norsk muntlig og skriftlig

Personlige egenskaper

- Du har evne til å jobbe strukturert og målrettet
- Du må kunne jobbe systematisk, planlegge og prioritere
- Du må ha gode gjennomføringsevner
- Du må ha gode samarbeids- og kommunikasjonsevner
- Du må ha evne til å bidra til trivsel i en hektisk og travel hverdag
- Du er fleksibel
- Du har interesse for fagutvikling
- Personlig egnethet vil bli vektlagt

Vi tilbyr

- Et fagmiljø med dyktige engasjerte medarbeidere med bred faglig kompetanse
- Tilrettelegging og nødvendig opplæring
- En sosial og inkluderende kollegagruppe
- Godt arbeidsmiljø
- Gode utviklingsmuligheter for den enkelte
- Lønn i henhold til gjeldende overenskomster
- Offentlig pensjonsordninger og forsikringer i KLP
- En arbeidsplass som er inkluderende arbeidsliv (IA) bedrift
- Vi ber deg gi opp minst to referanser samt ditt HPR-nummer
- Du må legge ved vitnemål, attester og autorisasjon med den elektroniske søknaden i webcruiter

Tiltredelse: Etter nærmere avtale

Kontaktinformasjon:

Linda Falch, seksjonsleder
tlf. 951 75 155
Cicillie Sagflaot, psykolog
tlf. 948 28 350

Søknadsfrist: 14.08.2022. Søkere kontaktes fortløpende.

Se fullstendig utlysning og søk på stillingen på:
<https://stolav.no/om-oss/jobbsok>

St. Olavs hospital – Universitetssykehuset i Trondheim
 – Klinikk Psykisk Helsevern – Allmenn, Rehabilitering og sikkerhet,
 Seksjon 3 – Allmenpoliklinikk søker

2 ledige faste stillinger for psykolog/ psykologspesialist i 100 % stilling

Vil du bli vår nye kollega i Allmenpoliklinikk?

Stillingene er i **Seksjon 3 – Allmenpoliklinikk**

Poliklinikkene ved Nidaros DPS tilbyr utredning og behandling til pasienter over 18 år med psykisk lidelse. Pasienter som gis rett til prioritert helsehjelp i en av våre poliklinikker har moderate til alvorlige psykiske plager og det foreligger en funksjonssvikt i arbeid, sosialt eller familiært.

Ettersom vi møter så mange ulike mennesker og problemstillinger, har vi behov for en bred kompetanseprofil ved vår DPS og våre poliklinikker har opparbeidet seg god kompetanse på ISTDP, EMDR, kognitiv terapi og ulike traumebehandlingsformer.

Ta gjerne kontakt så forteller vi mer om Seksjon 3, Allmenpoliklinikk.

Nidaros DPS er en del av spesialisthelsetjenesten i Psykisk Helsevern for voksne i Trøndelag, og ligger på Østmarkneset, Lade. Vi har lokalsykehusfunksjon for en befolkning på ca. 115 000 innbyggere. Opptaksområde går fra Fosen i vest via Trondheim og Malvik og Selbu i øst. Våre kjerneoppgaver består av utredning, diagnostikk og behandling til voksne med psykiske helseutfordringer. Oppfølgingen og behandlingen kan være både akutt og planlagt, poliklinisk eller ved døgnopphold. Vi er opptatt av fag, kompetanseutvikling og forskning. Vi har et eget Lærings- og mestringssenter med fokus på pårørende, samt et forsterket fokus på psykisk helse og arbeid.

Arbeidsoppgaver

- Vurdering, utredning og behandling av et bredt spekter psykiske lidelser i tråd med pakkeforløp PHV
- Måltrettet samarbeid internt og eksternt med våre samarbeidspartnere
- Fagutvikling gjennom teamdeltakelse, veiledning og undervisning (psykologspesialister er tillagt veiledningsansvar for psykologer under spesialisering)
- Holde seg oppdatert innen eget fagområde

Kvalifikasjoner

- Godkjenning som psykolog
- Ønskelig med bred klinisk erfaring fra psykisk helsevern

- Utredningskompetanse
- God skriftlig framstillingsevne
- Må beherske norsk muntlig og skriftlig

Personlige egenskaper

- Du har gode samarbeids- og kommunikasjonsevner
- Du har evne til å skape trivsel i en hektisk og travel arbeidshverdag
- Du liker å jobbe selvstendig og ansvarsbevisst
- Du arbeider strukturert og målrettet
- Du har interesse for fagutvikling
- Personlig egnethet vil bli vektlagt

Vi tilbyr

- Et stort fagmiljø med dyktige og engasjerte medarbeidere med bred faglig kompetanse
- Tilrettelegging for nødvendig opplæring og gode muligheter for faglig utvikling, spennende og sammensatte arbeidsoppgaver
- Et sosialt inkluderende arbeidsmiljø
- Lønn i henhold til gjeldende overenskomster
- Veiledning og støtte til spesialisering
- Offentlig pensjonsordning og forsikringsordning i KLP
- En arbeidsplass som er inkluderende arbeidsliv (IA) bedrift
- Vi ber deg gi opp minst 2 referanser
- Vitnemål, attester og autorisasjon legges ved søknaden elektronisk

Tiltredelse: 03.10.2022

Kontaktinformasjon: Lars Loftet, seksjonssjef/psykologspesialist
 tlf. 73 86 54 00

Eskil Petrovic Weissner, psykologspesialist
 tlf. 73 86 54 00

Søknadsfrist: 14.08.2022. Søkere kontaktes fortløpende.

Se fullstendig utlysning og søk på stillingen på:
<https://stolav.no/om-oss/jobbsok>

**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 Øvrebø, 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

SPECIALITETSRADET**Arnhild Lauveng,**

e-post post@

arnhildlauveng.com

tlf. 913 17 162

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 larsravnhlckers@
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 evakarinoevaas@
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

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

