

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol. 60 nr. 02 2023

Musikkterapi i barnehagen

*Berget et al.
Originalartikkel*

PORNO I POLIKLINIKKEN

*Aktuelt
Fra praksis*

Helseministeren lover mindre byråkrati

Intervju

Grensekrenkende psykologer

Fagessay



TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

JOURNAL OF THE NORWEGIAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

Medlemskap (ordinært og for studenter) inkluderer abonnement på Tidsskrift for Norsk psykologforening som utkommer den første i hver måned. **Opplag 10 800 ISSN 0332-6470**

Besøksadresse Grev Wedels plass 4 **Postadresse** Postboks 419 Sentrum, 0103 Oslo

Utgiver Norsk psykologforening, generalsekretær Ole Tunold

Henvendelser til redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Kronikk/debattinnlegg meninger@psykologtidsskriftet.no

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

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

Frist for bestilling av annonser 15.02, 20.03, 17.04, 15.05, 19.06, 17.07, 18.08, 18.09, 18.10, 17.11

Denne utgaven ble godkjent til trykk 24.01.2023

Omslagsillustrasjon Johan Nord Form Bøk Oslo AS **Trykk** Aksell AS

Siden 1973 har Tidsskrift for Norsk psykologforening vært en viktig plattform for norsk psykologi. Vårt mål er å være en aktuell og faglig kvalitetssikret ressurs spesifikt rettet inn mot psykologers behov for informasjon, til deres praktiske profesjonsutøvelse og behov for oppdatering. Vi henvender oss også til andre som søker kunnskaper om psykologi, inkludert brukergrupper, politikere og journalister/media. Psykologtidsskriftet ønsker å stimulere til forskning og fagutvikling og er et godkjent nivå-1-tidsskrift. I tillegg til vitenskapelige artikler finner du fagessay, reportasjer, bokanmeldelser, kronikker og debattinnlegg. Tidsskriftet skal speile psykologifagets innhold, utøvelse og plass i samfunnet.

Les formålsparagrafen på www.psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams, **Psykologfaglig redaktør** Gro Walø-Syversen, **Journalist og debattredaktør** Per Halvorsen, **Produksjonsansvarlig** Veronica Bjartan, **Teknisk redaktør** Christian von Schack, **Redaktører** Heidi Wittrup Djup, Patrick Michael Palmelund Faaland, Daniel Gunstveit, Ida Sund Morken, **Markedsansvarlig** Unni Sandland, **Visuelt ansvarlig/desk** Nora Skjerdingsstad

Redaksjonsråd

Siv Hilde Berg, Harald Bækkelund, Roger Hagen, Marianne Berg Halvorsen, Joar Øveraas 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

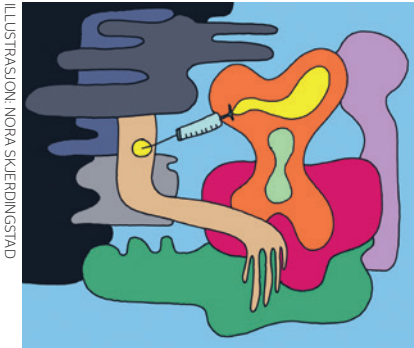
© Tidsskrift for Norsk psykologforening

Alt innhold på www.psykologtidsskriftet.no er fritt tilgjengelig. Med mindre annet er angitt i artikkelen, har Tidsskrift for Norsk psykologforening copyright på alt innhold.

Alle vitenskapelige artikler innsendt etter 1. juni 2022, publiseres under åpen tilgang (Open access) med Creative Commons-lisensen CC-BY 4.0. Bilder, illustrasjoner og figurer, omfattes av oppgitt CC-lisens med mindre annet er angitt i bilde-/figurteksten. Dersom elementer er rettighetsbelagt, må man kontakte rettighetshaver for gjenbruk.

Tidsskrift for Norsk psykologforening redigeres etter Fagpressens redaktørplakat, Vær varsom-plakaten og medieansvarsloven. Alt som publiseres representerer forfatterens synspunkter som ikke nødvendigvis samsvarer med redaktørens eller Norsk psykologforenings offisielle synspunkter. Tidsskrift for Norsk psykologforening følger retningslinjene fra Vancouver-gruppen (International Committee of Medical Journal Editors), og er medlem av Fagpressen, Norsk Redaktørforening og Norsk tidsskriftforening.





ILLUSTRASJON: NORA SIKERDINGSTAD

Ketaminassistert psykoterapi for depresjon: Nærmer vi oss nå? Erfaringer fra praksis. Side 89–95



ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK

En behandlingsmodell som kan brukes til nesten alt, er etisk problematisk, mener Frøydis Lilledalen i Etikkpanelet. Side 102–105



ILLUSTRASJON: INTERNET ARCHIVE BOOK IMAGES / WIKIMEDIA COMMONS

Personlig og perspektivrikt om egen krise. Les vår anmeldelse av Bergljot Gjelsviks bok *Inn i krisen*. Side 118–120

Innhold

- 66 **lover mindre byråkrati i psykisk helsevern**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 70 **«Årets stemme» til rapportører fra klinikken**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 72 **Først ute med tilbud til pornoavhengige**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 74 **Porno i poliklinikken**
Fra praksis | Maia Mack
- 80 **Betydningsfull gjennom musikk: En samfunnspsykologisk studie av musikk-
terapiens ringvirkninger i barnehagen**
Originalartikkel | Berget et al.
- 89 **Ketaminassistert psykoterapi for depresjon**
Fra praksis | Mølmen et al.
- 96 **Seksuelle grensekrenkelser i behandlingsrelasjoner**
Fagessay | Garmannslund & Hytten
- 102 **En behandlingsmodell som utfordrer fagetikken**
Etikkpanelet | Frøydis Lilledalen
- 106 **MENINGER**
Kronikk: Vi kan ikke bare snakke om det | Magne Storvik (s. 108)
Debatt: Arbeid og helse (s. 106), Klima- og miljøpsykologi (s. 111), Spesialist-
utdanningen (s. 113)
- 116 **INNTRYKK**
Anmeldelser: *Dialog om seksualitet* – mye innhold på få sider (s. 116), Kartet og
terrenget i møte med kriser og selvmord (s. 118)
- 123 **Annonser**
- 125 **Stillingsannonser**

Lover mindre byråkrati i psykisk helsevern

Mindre rapportering og mer tid til fag i psykisk helsevern. Slik lyder helseminister Ingvild Kjerkols nyttårslofte til psykologene.

TEKST OG FOTO

Per Halvorsen

– **G**odt nyttår, helse- og omsorgsminister. Blir 2023 et godt år for psykisk helsefeltet?

– Vi er i hvert fall i gang med mange arbeidsprosesser for psykisk helse. Den første rundingsbøya er folkehelsemeldingen før påske. Og så kommer vi med opptrappingsplanen for hele psykiske helsefeltet før sommeren. Vi legger også fram en Bo trygt hjemme-reform, som skal gi grunnlag for at eldre skal kunne bo lenger hjemme og være sjef i eget liv. Det mener vi vil ha stor betydning for den psykiske helsa til en befolkning som blir stadig eldre.

– *Hva er de «uverdige forholdene» i psykisk helse som dere lover i Hurdalsplattformen at dere vil ta tak i?*

– Det er noen størrelser vi særlig ønsker å gjøre noe med. Vi vet for eksempel at de som både har psykiske helseplager og avhengighetsproblematikk, lever kortere tid enn mange andre. Det er en uverdighet vi ønsker å rette opp. Vi vil at det skal være like tilgjengelig å få hjelp med psykisk helseplager som somatiske plager. Disse forskjellene er påpekt i utallige utredninger og rapporter fra blant annet Riksrevisjonen.

– *Alt dette forutsetter jo at gode fagfolk ønsker å bli i offentlig helsevesen. Nå er virkelighetsbeskrivelsen at mange slutter, blant annet fordi de opplever at dårlige arbeidsvilkår hindrer dem i å gjøre jobben sin?*

– Den virkelighetsbeskrivelsen forholder jeg meg til hver eneste dag. Det er en bekymring for meg at høyt utdannede, kompetente fagfolk går til helprivate tilbud. Svaret må være å gjøre vår felles helsetjeneste til det beste arbeidsste-

det i et livslangt karriereløp. Da må fagfolkene oppleve mening i møte med pasientene, og få anledning til å gjøre den jobben kompetansen deres skal bidra til.

– *Hva vil du gjøre for at det skal bli mer attraktivt å jobbe i psykisk helsevern?*

– Vi må ta flere grep. Helseregionene har fått i oppdrag å se på rapporteringskrav og byråkrati; det som oppleves som plunder og heft, og stjeler tid som heller bør brukes på pasienten. Helsedirektoratet skal se nærmere på pakkeforløpene som nå heter nasjonale pasientforløp. De skal se på om det er mulig å kutte i antall rapporteringsrutiner.

– *Du kan altså love mindre rapportering og standardisering i klinikken?*

– Det er det oppdraget Helsedirektoratet har fått. Vi har hatt flere runder med folkene i direktoratet som jobber med disse tingene, og resultatet skal være klart til publisering til høsten. Det er en klar forventning fra meg at det samlede omfanget av byråkrati i psykisk helsevern skal ned. Men noe rapportering er vi jo avhengig av for å kunne si noe om kvaliteten på tjenestene.

– *Er det dette som er regjeringens «tillitsreform»; mer makt til fagfolkene i form av mindre byråkrati og standardisering?*

– Det er en del av det. Når det gjelder standardisering, har det flere sider: Evidensbaserte metoder er noe vi har behov for å spre og ta i bruk i større grad. Utvikling og spredning av god, standardisert behandling er en del av fagutviklingen. Den dyreste behandlingen er den som ikke gir mening fordi den ikke har god effekt.

– Du varsler en opptrappingsplan for psykisk helse før sommerferien. Samtidig har vi sett flere eksempler på at helseforetakene, på grunn av trange budsjetter, har lagt ned spesialiserte tilbud. Hvordan harmonerer det med opptrapping?

– Vi har styrket budsjettet for 2023 med øremerkede midler til psykisk helse: 150 millioner til mer døgnkapasitet, 150 millioner til lavterskeltilbud i kommunene. I oppdragsbrevet som vi sender ut til helseforetakene disse dager, står det tydelig at psykisk helsevern skal prioriteres. Men det er også viktig for meg å kommunisere ærlig at vi lever i en dyrtid. Kostnadsøkningen som helseforetakene opplever nå, er ikke kompensert av Stortingets budsjettvedtak. Det blir tøffe prioriteringer.

– Er det ikke egentlig på tide å nedjustere ambisjonene i Hurdalsplattformen som følge av krigen i Ukraina og høye strømpriser?

– Jeg har fast blikk på målene i Hurdalsplattformen, men vi lever i realpolitikken. Vi plussset 700 millioner på fjorårets sykehusbudsjett som vi tok over fra Solberg-regjeringen, og vi økte grunnfinansieringen. Da mener jeg det blir lettere for ledelsen i landets sykehus å prioritere psykisk helsevern. For å planlegge gode helsetjenester er vi avhengig av forutsigbarhet, og vi har ikke forutsigbarheten vi ønsker oss nå. Det er likevel viktig å holde fast ved prioriteringene.

– Dere skrotet den gylne regel og innførte deres egen prioriteringsregel i stedet. Hva er forskjellen?

– Den gylne regelen fungerte ikke etter sin gode hensikt. De kravene vi bruker for psykisk helsevern nå, gir tydeligere føringer til helseforetakene om at de blir målt på aktivitetsøkning fra det ene året til det andre. Vi har også redusert andelen innsatsstyrt finansiering av somatiske tjenester, men beholdt andelen innsatsstyrt finansiering (ISF) uendret for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB). Dette demper forskjellen i innslaget av aktivitetsbasert finansiering mellom somatikk, psykisk helsevern og TSB, og inngår derfor som et element i den samlede prioriteringen av psykisk helsevern. Både gjennom normative ledelse og økonomiske virkemidler, skur vi nå virkemidlene i en retning som vi mener er til fordel for psykisk helsefeltet.

– Sist høst nedsatte du et ekspertutvalg som skal se nærmere på om det er grunnlag for mer tematisk organisering for å øke kvaliteten i tjenestene. Hvordan definerer statsråden kvalitet?

– Det er mange måter å vurdere kvalitet på. En er å gi behandling som er til nytte og gir forbedring. Da er det viktig å ha gode evidensbaserte metoder som er tilgjengelig for dem som trenger det.

– Fagfolk som *Psykologtidsskriftet* har vært i kontakt med, har oppfattet utvalgsmandatet slik at kvaliteten er sikret bare man velger riktig metode. Er det slik du ser det?

– Utvalget skal se på mye mer enn det. Det skal også svare på hvordan vi best mulig skal dekke behovene til dem med langvarige og koordinerte tjenester, de som lever mye kortere enn oss andre. Det vil også opptrappingsplanen reflektere.

Men det er riktig at utvalget skal se nærmere på hvilke spesifikke tilstander som kan nyttiggjøre seg av mer spesialisering.



MINDRE RAPPORTERING Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol vil redusere antall rapporteringsrutiner i psykisk helsevern.

– Det er en klar forventning fra meg at det samlede omfanget av byråkrati i psykisk helsevern skal ned



- ... tematisk organisering
egner seg ikke for alle
pasientgrupper

- *Er utredning av tematisk organisering et uttrykk for at tjenestene i dag ikke anses for å være spesialiserte nok?*

- For meg er det viktigste at alle, uavhengig av lidelse, får virksom behandling når slik behandling fins. Hvis du for eksempel er fra nord i Trøndelag og får en diagnose som det fins en evidensbasert behandling for, så er det viktig at vi vet at den er tilgjengelig i Nord-Trøndelag.

- *Hvordan harmonerer ønsket om kvalitet med de rammebetingelsene som gjelder for tjenestene i dag?*

- Vi må være varsomme med ensidige elendighetsbeskrivelser av psykisk helsevern. Det gjøres mye godt arbeid, selv om det er behov for forbedringer. At vi får utredet tematisk organisering, vil være en kilde til kunnskap som vi kan benytte oss av når vi skal prioritere virkemidlene fremover. Det har jo vært prioritert i mange år å gi et breddetilbud gjennom DPS-ene. Nå vil se nærmere på hvordan metoder som er utviklet for spesielle tilstander, skal være tilgjengelig for den som trenger dem, over hele landet.

- *Hvordan vil du berolige dem som er særlig bekymret for pasienter med langvarige og sammensatte lidelser?*

- For denne gruppen gir det ikke mening å snakke om standardisert metode. Det mener jeg mandatet tar opp i seg. Ser vi på somatikken i dag, så er den hundre prosent tematisk organisert. Men også der må man løse utfordringer knyttet til pasienter med behov for et mangfold av tjenester.

- *Hvor lett blir det å samhandle hvis tjenesten skal spesialiseres ytterligere?*

- Tiden er inne for å se på om vi trenger sterkere virkemidler for å få til mer sømløse tjenester. Mot slutten av året skal vi legge fram en helse- og samhandlingsplan. Mange pasienter i psykisk helsevern lever i mellomrommet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten hele livet. Vi er nødt til å få det til å flyte bedre rundt dem. Vi trenger likevel tematisk organisering for å sikre kvalitet og behandlingsutbytte for folk med kjente lidelser. Men tematisk organisering egner seg ikke for alle pasientgrupper.

- *Hvis du som helseminister skulle velge én reform innenfor psykisk helsefeltet som blir stående igjen etter deg, hvilken skulle det være?*

- Jeg vil bli husket for at jeg bidro til å gjøre en av verdens beste helsetjenester bærekraftig. At vi lykkes mye bedre enn de fleste andre land med å gi likeverdige helsetilbud, er avhengig av at fagfolk ønsker å jobbe i den offentlige helsetjenesten. Vi må lykkes med å utdanne, rekruttere og beholde fagfolk. Regjeringen vil styrke den offentlige helsetjenesten. Men med en av verdens mest åpne økonomier, påvirkes vi av den geopolitiske situasjonen som slår inn i form av prisstigning og renteøkning. Å få stagget denne utviklingen, er hovedutfordringen vår nå. ✘

Ny håndbok skal sikre kvalitet og likhet i BUP-utredninger

Avdeling for barn og unges psykiske helsevern (ABUP) ved Ahus har utviklet en håndbok i basisutredning for barn og unge. Målet er at boken skal fungere som en faglig veileder for å sikre lik utredning for alle som blir henvist til avdelingen.

Håndboken er skrevet i samsvar med nasjonalt pasientforløp for psykisk helse barn og unge som peker på at det skal foretas en basisutredning som et første ledd i behandlingen. Denne utredningen skal sikre at barn og unge får en helhetlig vurdering og en kvalitetssikret og forsvarlig beslutning om videre tiltak.

Utgangspunktet for å skrive håndboken var at innholdet og metodikken ved de ulike seksjonene i ABUP var varierende. En arbeidsgruppe, ledet av Erling Rognli, ble satt ned for å sammenfatte en enhetlig praksis.

Håndboken beskriver anbefalte metoder for å innhente informasjon i utredningsprosessen, slik som anamneseopptak med foreldrene som informanter, alderstilpassede møter med pasienten, og kartlegging av symptomer gjennom en totrinnsprosess.

Håndboken er utarbeidet av Erling W. Rognli, psykologspesialist/PhD (BUP Follo), Tommy, Tollefsen (overlege (BUP Follo), Espen A. Wasshaug, psykologspesialist (BUP Øvre Romerike), Birgitte Breistein,



spesialist i klinisk pedagogikk (BUP Grorud), Kjersti Storberg, psykologspesialist (BUP Kongsvinger), og Marianne Haugvik, psykologspesialist/dr. philos (BUP Furuset).

Kilde: Ahus.no

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:





SKRIVENDE VINNERE Helén Ingrid Andreassen og Elisabeth Hooper Storeide skrev ifølge juryen de to beste debattinnleggene i Psykologtidsskriftet i 2022. Sistnevnte sammen med kolleger i Yngre psykologers utvalg.

«Årets stemme» til rapportører fra klinikken

En utfordret Psykologforeningens lønnspolitikk, en annen levendegjorde følgene av trange arbeidsvilkår i psykisk helsevern. Begge fikk toppskår hos juryen for «Årets stemme».

TEKST OG FOTO

Per Halvorsen

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING bejubler alle som har stukket hodet fram på våre debattsider i 2022. To skiller seg ut: Helén Ingrid Andreassen og Elisabeth Hooper Storeide, som begge får prisen som redaksjonen har opprettet for å stimulere til et vitalt ordskifte i spaltene.

LØNNSFORHOLD

I kronikken «Ikke-spesialistene trenger et løft» gikk en gruppe yngre psykologer anført av Andreassen i rette med Psykologforenin-

gens lønnspolitikk som de mener altfor lenge har favorisert psykologspesialistene. Med utgangspunkt i en egeninitiert spørreundersøkelse avdekket de at nærmere halvparten av respondentene var negative til, eller usikre på om de vil jobbe som psykolog hele sitt aktive yrkesliv. Usikkerheten ble blant annet begrunnet med lønnsforhold. Kronikken utfordret rådende konsensus i Psykologforeningen. Den innebærer at psykologspesialistene skal ha førsteprioritet ved lønnsoppgjør, fordi det

er som spesialister de fleste psykologer jobber brorparten av karrieren.

Andreassen og cos synspunkter fikk oppmerksomhet i flere fora. De ble dessuten et av premissene for visepresidentkandidatenes egenmarkeringer før landsmøtet. I øyeblikket ligger kronikken i fanget på det nye sentralstyret med en tydelig oppfordring om tilsvar.

PERSONLIG

I desemberutgaven var det Elisabeth Hooper Storeides tur til å engasjere i kommentarfeltene. I kronikken «Er jeg egentlig egnet som psykolog?» ga hun en ytterst levende skildring av det hun mener er den egentlige årsaken til «flukten» fra offentlig helsevesen. Ikke lønnsforholdene, men en evig kamp mot klokka, avbrutte behandlingsforløp i strid med godt fag og mangel på veiledning, for å nevne noen eksempler fra den suggererende teksten. Ved bruk av stilistiske grep som gjentakelser klarte forfatteren å gi kronikken en særegen rytme som hamret inntrykket av uholdbare arbeidsforhold inn i leseren. Kronikken vant betydelig gjenklang blant Storeides fagfeller og er en av de desidert mest leste kronikkene i året som gikk.

Juryen ønsker også å framheve «Vi har knapt begynt, men har behov for å rope varsko». Teksten ble publisert i mainnummeret og hadde Jenny Birkeland Nordland som førsteforfatter. Vi vil også nevne Lene Paulsen Walderhaugs «Det fins mer enn lidelseshistorier fra klinikken». Walderhaug viste mot da hun på tampen av året og mutters alene, argumenterte mot det hun oppfattet som ensidige elendighetsbeskrivelser av arbeidsforholdene i psykisk helsevern.

Den mest leste teksten på psykologtidsskriftet.no i 2022 var Frøydis Lilledalens «Kvinner er offer for psykologisering». Hun fortjener sin andel av redaksjonens unisone «hurra» for alle som tør å ta ordet i tidsskriftets spalter. ✕

Les kommentarer fra prisvinnerne på våre nettsider:



Årets stemme

Årets stemme er Psykologtidsskriftets pris opprettet for å stimulere til opplyst, vitalt og saklig ordskifte på våre debattsider.

Prisen ble utdelt for første gang i fjor. Vinnerne den gang var Camilla Bärthel Flaaten for kronikken «Ett år med ISTDP - en bekymringsmelding» og Siv Hilde Berg for kronikken «Det er ikke farlig å ha vondt».

Prisen vurderes etter følgende kriterier:

Innflytelse: I hvor stor grad bidrar innlegget til å prege dagsordenen i debatter i og utenfor Psykologtidsskriftets spalter.

Djervhet: I hvor stor grad har forfatteren hatt mot til å utfordre vedtatte sannheter og fagmiljøer innenfor rammen av allment aksepterte normer for saklig debatt.

Form: I hvor stor grad framstår forfatteren som eksponent for god språkforståelse, formidlingsform og fortellerteknikk.

Alle publiserte debattinnlegg blir vurdert. Juryen har bestått av sjefredaktør Katharine Cecilia Williams, fagredaktør Gro Walø-Syversen og debattredaktør og journalist Per Halvorsen.



Årets stemme er Psykologtidsskriftets pris opprettet for å stimulere til opplyst, vitalt og saklig ordskifte på våre debattsider

Først ute med tilbud til pornoavhengige

Hva er egentlig pornoavhengighet, og fortjener tilstanden en egen diagnosekategori? Jakten på svar er i gang ved Blå Kors-klinikken.

TEKST Per Halvorsen

”

For noen av dem som kommer til oss, er porno-bruken såpass omfattende at den går ut over muligheten til å fungere i dagliglivet

SOM FØRSTE KLINIKK i landet tilbyr Blå Kors Poliklinikk behandling for pornoavhengighet. Tilstanden er ikke blitt tilkjent egen diagnosekategori i diagnosemanualene, og den sammenblandes ofte med sexavhengighet (Compulsive sexual behaviour disorder i ICD-11). Sexavhengighet fordrer ifølge psykologspesialist Maia Mack et innslag av seksuelle handlinger som ikke inngår i pornoavhengigheten, selv om tilstandene vil kunne overlappe.

ESKALERENDE PORNOBRUK

Mack er en del av arbeidsgruppen som prøver ut poliklinikkens tilbud rettet spesifikt mot pornoavhengige. Blå Kors har lange tradisjoner for å tilby behandling til mennesker med ulike typer atferdsavhengigheter. Et aktuelt eksempel er spillavhengighet, som det nå er ryddet plass for i ICD-11. I Fra praksis-artikkelen *Porno i poliklinikken* i denne utgaven av Psykologtidsskriftet redegjør Mack for utviklingsarbeidet.

– *Hvor kontroversielt er det å bruke ressurser på å gi et helsetilbud for en tilstand som ennå ikke har fått sin egen diagnose?*

– At vi får lov til å utforske dette feltet, inngår i avtalen vår med Helse Sør-Øst RHF (HSØ). I litteraturen er det beskrevet at noen som ser mye på porno, har en utvikling som minner om en sykdomstilstand. Vi ser likheter mellom pornoavhengigheter og andre former for atferdsavhengigheter, og vi ser nå nærmere på om de kan hjelpes på samme måte som for eksempel mennesker med spillavhengighet. Dette gjør vi i læringsøyemed.

– *Stjeler dere ikke dermed ressurser fra et helsetfelt som allerede er under sterkt press?*

– Pornobruken har eskalert i Norge. Norske menn mellom 20 og 40 år ligger i verdenstoppen. For noen av dem som kommer til oss, er pornobruken såpass omfattende at den går ut over muligheten til å fungere i dagliglivet. Da er det verdt å utforske hva pornobruken representerer, og hvordan vi kan hjelpe dem med å regulere den, sier hun.

MORALSKE SKRUPLER

De foreløpige erfaringene som Blå Kors-klinikken nå oppsummerer, baserer seg på kontakt med 40 pasienter, alle mannlige. Som gruppe fremstår de som relativt velfungerende. De aller fleste har vært i jobb eller har vært studenter idet de oppsøkte klinikken. De er ikke mer seksuelt aktive enn andre, i motsetning til personer med sexavhengighet. Og det er på internett de har hatt tilgang på pornoen.

– *Hva skiller pornoavhengighet fra en hvilken som helst annen form for nettavhengighet?*

– Det er jo et av spørsmålene som vårt initiativ kan bidra til å kaste lys over.

Maia Mack mener pornoavhengigheten kanskje kan forstås som et resultat av høyhastighets internett. De som oppsøker klinikken, har vokst opp med internett. Før det ble allemannseie, fikk Blå Kors ingen henvendelser som gjaldt pornoavhengighet.

– Vi ser sjelden at voksne pasienter som kun har lest pornoblader eller har sett filmer på VHS/DVD, har utviklet en tilsvarende avhengighet.

Hun beskriver flere av klientene som over gjennomsnittet framoverlente og villige til å skaffe seg kunnskap om egen tilstand. Flere har lest seg opp på ulike former for atferdsavhengigheter. De er blitt henvist av fastlege. Mange har selv sporet opp klinikken. Angivelig fordi Blå Kors har rykte som et sted som tilbyr hjelp for ulike typer avhengighetstilstander.

– Vi har aldri reklamert for dette tilbudet, sier Mack.

– *Hva skal til for at pornoavhengighet skal fremstå som en reell atferdsavhengighet?*

– Pornobruken må ha gått ut over flere livsområder. Den må ha eskalert, og den som har problemet, må ha prøvd å regulere atferden sin uten suksess.

– *Helt konkret: Hva består tilbudet til de pornoavhengige i?*

– Noen får hjelp til å regulere atferden eller til å regulere følelser på andre måter enn gjennom bruk av porno og internett. For noen kan filter for å stenge av for pornosidene være nyttig.

– *Hva viser behandlingsresultatene så langt?*

– Vår erfaring er at mange får tilbake kontroll over hverdagen, og at livskvaliteten dermed øker. Mange av pasientene har reguleringsvansker, og når vi jobber med det, får de også bedre kontroll over atferd som de tidligere var avhengig av.

Psykologspesialisten forteller at noen av dem som kommer inn klinikkdøren, gjør det fordi de har fått moralske skrupler som følge av egen atferd. Noen forventer at Blå Kors med sine livssynstradisjoner, deler anfektelsene deres. Enkelte blir skuffet over det de oppfatter som behandlere med for liberale holdninger.

– Men våre vurderinger er rent faglige. Det er ikke vår oppgave verken å bekrefte eller avkrefte folks moralske standarder, sier Mack.

DIFFERENSIALDIAGNOSTIKK

Mack oppfatter at noen med normal pornobruk, har blitt påvirket av eksempelvis nettstedet for menn. De fortviler over at de ikke klarer å la være med å onanere i en måned i tråd med idealene som fremgår av fenomener som «No Nut November», en internett-utfordring om å avstå fra onani og ejakulasjon i løpet av november måned.

– De får en idé om at de kan være veldig syke fordi de ikke klarer å la være å onanere i en måned. Da er det et poeng med utgangspunkt i vår faglige forståelse å formilde at dette er helt innenfor normalområdet, opplyser Mack.

Hun understreker at dette er et felt hvor det er viktig å være nøye med differensialdiagnostikken.

– Mange av dem som søker hjelp, har tilleggsproblematikk. Vi må derfor alltid spørre oss selv om hvordan «pornoavhengigheten» skal forstås: Hva er inngangsdiaagnosen, hva er sekundærdiaagnosen? Er det personlighetsproblematikk, stemningslidelse eller nevroutviklingstilstander? Det har vært veldig mye ADHD. Er det rusen som er det egentlige problemet? Mange bruker jo porno når de ruser seg, ikke minst de som bruker amfetamin, opplyser hun.

Før utprøvingen avholdt Blå Kors-klinikken et internt fagseminar med sexolog. Alle behandlerne deltok. De som fortsatt var interessert, kunne deretter fordype seg. Noen kjente på et visst moralsk og etisk ubehag og var tydelige på at dette ville de ikke gå videre med. Mack mener uansett dette er et felt som flere behandlere bør være opptatt av.



SPLITTER NYTT TILBUD Maia Mack inngår i arbeidsgruppen som utforsker tilbud til pornoavhengige i regi av Blå Kors i Oslo. Foto: privat

– Det bør være en del av en standardkartlegging å spørre om netthelse, et begrep som dekker langt mer enn brukere av nettporno. Og vi bør ikke bare være opptatt av tidsbruk, også av innhold; hva vedkommende faktisk ser på, sier hun til Psykologtidsskriftet.

– *Hva gjør du som behandler om du underveis i utredningen får kunnskap om at pasienten har vært inne på ulovlige sider?*

– For noen av de som kommer til oss, er nedlasting av ulovlig materiell en del av problemet. I enkelte tilfeller har Kripos allerede vært inne i bildet. Dette understreker poenget med god differensialdiagnostikk; om pedofili og antisosial personlighetsforstyrrelse er inne i bildet, sier Mack.

Hun forteller at neste skritt er en intern evaluering med alle behandlere og ledelse.

– Det er interesse internt for å kunne arbeide videre med denne tematikken. Vi tror vi kan være til hjelp for flere i denne pasientgruppen. Vi er imidlertid nå i en anbudsprosess, og er også avhengige av de føringene vi får videre fra HSØ før vi endelig beslutter noe, sier hun. ✘

Porno i poliklinikken

Veiledning fra sexolog og innspill fra brukere har spilt en viktig rolle i utviklingen av tilbudet til pornoavhengige ved Blå Kors i Oslo.

TEKST Maia Mack,
Blå Kors Poliklinikk Oslo

KONTAKT
maiamack@
hotmail.com

Dokumentarserien *Pornolandet* (2021) produsert av Novemberfilm for TV 2 angir at Norge ligger på verdenstoppen i bruk av porno. Blant unge voksne har omtrent 98 % av menn og 70 % av kvinner brukt porno en eller annen gang. Bruken har økt over tid, og spesielt blant kvinner. Under pandemien ser bruken ut til å ha økt både blant unge og voksne. Redd Barna publiserte i mai 2020 rapporten *Et skada bilde av hvordan sex er. Ungdoms perspektiver på porno* (Berggrav, 2020). Her kommer det fram at andelen ungdom mellom 13 og 18 år som har sett porno på nett, har økt fra 42 % i 2018 til 49 % i 2020. I NRK-dokumentarserien *Porno 2022* (Fredriksen, 2022) anslås det at barn i Norge i gjennomsnitt blir eksponert for porno for første gang når de er elleve år, seks år før gjennomsnittet har sex for første gang.

PORNOAVHENGIGHET

Pornoavhengighet eksisterer ikke som diagnose verken i ICD-10 eller DSM-5, men omtales ofte som en diagnose i mediene og blant pasienter. ICD-11 har imidlertid innført en diagnose som dekker ulike former for tvangspregget seksuell atferd: Compulsive sexual behaviour disorder (se tekstboks). Vi har erfart at pasienter beskriver et klinisk forløp som minner om andre former for avhengigheter. De forteller

om tvangspregget bruk av porno, tap av kontroll over aktiviteten, toleranseutvikling ved at de stadig må se sterkere porno, abstinensutvikling i form av uro hvis man prøver å la være å se, økende likegyldighet i møte med andre gleder og interesser, at mer og mer tid brukes på porno og oppretthold av bruken til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser for relasjoner, jobb, helse og økonomi. Valerie Voon ved Cambridge University i England er blant de fremste nevrovitenskapelige forskerne på atferdsavhengigheter, og har i sin forskning funnet iøynefallende likheter i hjerneaktivitet hos personer med rusavhengighet og personer med pornoavhengighet (Voon et al., 2014).

POLIKLINISK TILBUD

Blå Kors Poliklinikk i Oslo har lang tradisjon for å arbeide med ulike former for atferdsavhengigheter som pengespill- og dataspillavhengighet. Klinikken har i løpet av de siste to-tre årene også tatt imot stadig flere henvisninger fra pasienter som opplever problematisk bruk av porno, og som ønsker profesjonell hjelp. Anslagsvis har vi behandlet omtrent 25 personer med pornoproblematikk de siste to årene. Poliklinikken tilbyr tverrfaglig spesialisert rus- og avhengighetsbehandling (TSB)



Vi har erfart at pasienter beskriver et klinisk forløp som minner om andre former for avhengigheter

på oppdrag fra Helse Sør-Øst, og har i sin selvstendige driftsavtale med oppdragsgiver hatt åpning for å ta imot disse pasientene. Vi har da benyttet oss av diagnosen F.63.8 Andre spesifikerte vane- og impulsforstyrrelser (10. utg.; ICD-10; World Health Organization, 2016).

Det har nesten utelukkende vært unge menn som har søkt seg i behandling for porno-problematikk, med enkelte unntak. Pasientene har fått tilbud om behandling i klinikken enten ved at de selv eller henvisere som har hatt kjennskap til poliklinikken, har tatt kontakt for å høre om vi kan gi et tilbud. Ofte har bakgrunnen vært at henviser har opplevd å ha for lite kompetanse til å hjelpe pasienten.

FAGLIG PROSESS OG UTVIKLING

Blå Kors Poliklinikk ønsket som følge av økt pågang rundt pornoproblematikk å utforme et tilbud. Vi ville utforske om det lot seg gjøre å arbeide med tematikken ut fra en kognitiv tilnærming, slik vi allerede gjør med andre former for atferdsavhengigheter. For å gjøre læringsprosessen så enkel og oversiktlig som mulig, og fordi utviklingsarbeidet inngikk i den vanlige driften av poliklinikken, valgte vi å avgrense tilbudet til kun å gjelde pasienter som ble henvist for pornoavhengighet, og ikke andre former for sexavhengighet. Vi vurderte at pasientene primært skulle gis et individuelt tilbud, med mulighet for parsamtaler der det var aktuelt. Vi var usikre på om et gruppetilbud ville være egnet for denne pasientgruppen, og vi trengte mer tid og kunnskap før vi eventuelt kunne tilby gruppesamtaler i tillegg. Det er en god del forskning og litteratur rundt hva porno gjør med holdninger og seksualitet (Peter & Valkenburg, 2016), men vi fant svært lite på området pornoavhengighet. Det eneste hjelpetilbudet klinikken var kjent med fra før, var selvhjelpsgruppen til Anonyme Sexavhengige (S.A.A.) i Oslo, som bygger på en tolvtrinnsmodell i likhet med blant

Compulsive sexual behaviour disorder i ICD-11

«Compulsive sexual behaviour disorder is characterised by a persistent pattern of failure to control intense, repetitive sexual impulses or urges resulting in repetitive sexual behaviour. Symptoms may include repetitive sexual activities becoming a central focus of the person's life to the point of neglecting health and personal care or other interests, activities and responsibilities; numerous unsuccessful efforts to significantly reduce repetitive sexual behaviour; and continued repetitive sexual behaviour despite adverse consequences or deriving little or no satisfaction from it. The pattern of failure to control intense, sexual impulses or urges and resulting repetitive sexual behaviour is manifested over an extended period of time (e.g., 6 months or more), and causes marked distress or significant impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning. Distress that is entirely related to moral judgments and disapproval about sexual impulses, urges, or behaviours is not sufficient to meet this requirement.» (11. utg.; ICD-11; World Health Organization, 2019).

annet Anonyme Alkoholikere (AA) og Anonyme Gamblere (GA). Ifølge S.A.A. Oslo anså mange av dem som deltok i deres grupper, porno som sin fremste avhengighet. Det var mulig for behandlerne i poliklinikken å hospitere i gruppen for å se hva den hadde fokus på, og enkelte behandlere benyttet seg av tilbudet.

Kartlegging av seksuell helse

Vi hadde i utgangspunktet ingen systematisk metode for å kartlegge seksuell helse eller netthelse i inntakssamtaler med pasientene. Vår erfaring i klinikken var at det var litt vilkårlig hvorvidt kartlegging ble gjennomført, og som regel tok pasientene selv opp tematikken. Andre ganger kom det fram at pasienter som var henvist til klinikken av andre årsaker, i tillegg hadde utfordringer med bruk av nettporno. Gjennom å spørre mer systematisk rundt bruk av porno og seksuell helse fikk vi avdekket flere tilfeller av problematikken blant pasientene. Det var ellers viktig for oss å gjøre en differensiering, slik at pasientgruppen hadde avhengig-



hetsproblematikk i henhold til oppdraget vårt fra HSØ. Pasienter som hadde andre typer seksuelle utfordringer, skulle få helsehjelp andre steder, fortrinnsvis hos sexologer eller privatpraktiserende behandlere.

Veiledning av ansatte

Det ble etter hvert tydelig at flere av de ansatte trengte opplæring og veiledning i å samtale med pasienter rundt seksualitet og pornografi. Ikke alle kjente seg like trygge eller kyndige, og noen ansatte opplevde også et visst moralsk og etisk ubehag. For å hjelpe personalgruppen til å bli bedre i stand til å snakke om seksualitet og porno ble det avholdt en fagdag, der klinikken hadde leid inn en ekstern sexolog og psykologspesialist. Ansatte hadde på forhånd forberedt ulike case der pornografi var del av problemstillingen, og sexologen gav innspill til gjennomføring av gode differensialdiagnostiske vurderinger, og til hvordan man kunne arbeide i praksis i de ulike sakene. Videre var det fokus på hvordan behandlere ble påvirket av å jobbe med pornoproblematikk. Etter hvert ble det også mulighet til å fortsette veiledningen med sexologen for de som ville fordype seg i temaet og pasientgruppen.

PASIENTERS HOLDNINGER

Til forskjell fra andre pasientgrupper opplevde vi at flere av pasientene var nokså proaktive i sin tilnærming til behandlingen, med tanker om hvordan de ønsket å bli hjulpet, også ut ifra teoretiske rammeverk. Dette dreide seg gjerne om personer som allerede hadde søkt støtte på egen hånd på internasjonale nettforumer og/eller i støttegrupper for pornoavhengighet. Flere av pasientene hadde konkrete innspill til hvordan behandlerne kunne lese seg opp om pornoavhengighet, og klinikken valgte som følge av dette å kjøpe inn noe av faglitteraturen som en form for brukermedvirkning. En sentral fagperson innen feltet var forfatter, foredragsholder og journalist Gary Wilson. Det vesentligste i forståelsen til Wilson er kort fortalt at med inntoget av nettporno har det oppstått en generasjon av unge gutter og menn som har fått endringer i hjernens belønningssystem som følge av overdreven pornobruk (Wilson, 2015). Wilson viser til at mange pornobrukere får erektil dysfunksjon som ikke er fysiologisk betinget, og at brukerne må avvennes porno over tid for å klare å oppnå

en normal seksuell fungering. Wilsons teori er at pornoavhengighet ikke kan ses som isolert fra nettbruk generelt og peker på at eldre menn som kun leste pornoblader eller så pornofilmer på VHS/DVD, ikke opplevde erektil dysfunksjon før de begynte med høyhastighets nettporno (TED, 2012). Wilson har gjennom årene vært en markant skikkelse på ulike nettforumer for menn som ønsker å slutte med porno og onanering. Et kjent fenomen i så måte er «No Nut November». Det er en internettutfordring der en skal avstå fra å se porno og onanere i hele november måned.

UTFORDRINGER

De som ble henvist for pornoproblematikk, var en svært heterogen gruppe pasienter, og behovet for å differensiere mellom ulike typer utfordringer ble etter hvert tydelig. Som regel var henvisningene lite detaljerte, da pasientene trolig kan ha opplevd at det var vanskelig å gå i detalj om utfordringene med henviser, som gjerne var fastlegen. Problemet med mangelfulle henvisninger ble løst med å gi rett til vurdering i stedet for rett til behandling for å kunne hente inn mer informasjon.

En sentral klinisk problemstilling var hvorvidt vi skulle tenke at det eksisterte noe naturlig skille mellom problematisk bruk av internett og problematisk bruk av pornografi. Samtlige pasienter som ble henvist for tematikken, rapporterte å se porno på nett. De fleste pasientene hadde vokst opp med internett som en naturlig del av sin hverdag, og flere rapporterte om problemer knyttet til regulering av nettbruk generelt. For noen dreide behandlingen seg derfor primært om atferdsregulerende tiltak i form av å regulere nettbruken eller sperre av for pornosider (pornofilter/-sperre), mens det for andre handlet om hjelp til å regulere følelser på andre måter enn gjen-



Flere av pasientene hadde konkrete innspill til hvordan behandlerne kunne lese seg opp om pornoavhengighet

nom utelukkende å bruke porno og internett. Noen av pasientene hadde også andre former for misbruk, som cannabismisbruk eller gamingproblematikk.

For noen pasienter var det klart at utfordringene utelukkende knyttet seg til bruk av nettpornografi, og man kunne se problemene på samme måte som ved andre typer avhengigheter. Disse pasientene fikk som regel tilbud om tradisjonell kognitiv terapi, samt par samtaler der det var behov. Andre pasienter hadde mer sammensatte utfordringer. Noen hadde åpenbart ikke veldig høyt forbruk av porno, men opplevde bruken som et problem av religiøse, politiske og/eller moralske grunner. Andre igjen viste seg å ha ulike parafilier eller en ikke vedkjent legning som medførte stor skam. Noen av pasientene opplevde altså mest å ha moralske kvaler knyttet til å se på porno, uavhengig av tidsbruk og innhold. De beskrev ikke symptomer som behandlere vurderte som forenlige med skadelig bruk eller avhengighet. Det ble vurdert at moralske kvaler i seg selv ikke kvalifiserte for behandling i spesialisthelsetjenesten, og pasientene ble anbefalt å søke hjelp hos privatpraktiserende psykologer eller sexologer. Tilbakemeldingene fra enkelte av disse pasientene var at de opplevde at de ikke ble tatt på alvor av behandlerne, og at de hadde hatt forventninger til at Blå Kors Poliklinikk hadde holdninger som gikk imot bruk av porno da de ba om henvisning til klinikken. Gjennom veiledning der vi tok opp case, ble det også klart at flere av pasientene trolig hadde underliggende utfordringer som gjorde dem særlig sårbare for å utvikle annen avhengighetsproblematikk, alt fra nevrologiske tilstander som autismespekterlidelser og ADHD og/eller personlighetsforstyrrelser.

Potensielt straffbare forhold

Enkelte pasienter angav at de var mer bekymret for innholdet i pornoen de så på, enn tidsbruken eller øvrige konsekvenser. Ved noen tilfeller møtte vi pasienter som enten så på eller hadde sett på ulovlig materiale, noe som reiste spørsmål om hvordan behandlerne skulle håndtere eventuelt brudd på taushetsplikten og varsel til politiet. Noen av pasientene var allerede blitt kontaktet av Kripoford fordi innholdet de hadde sett, var ulovlig, og dette var en utløsende årsak til at de søkte

behandling. Her ble det viktig å prøve å kartlegge hvorvidt det var komorbiditet med antisosiale personlighetstrekk og pedofili. Disse erfaringene gjorde oss oppmerksomme på at det var nødvendig å kartlegge hva slags type porno pasientene så på, og ikke utelukkende om pasientene selv opplevde bruken som problematisk.

Subjektive kvaler hos behandlerne

En annen utfordring ved å arbeide med porno-problematikk var at det bød på et moralsk ubehag og etiske utfordringer for noen ansatte. Det kunne dreie seg om alt fra politiske holdninger hos behandler, som feminisme, kulturell bakgrunn, tro og andre aspekter ved ens personlige liv. Enkelte ansatte hadde vansker med å etablere tilstrekkelig empati for pasienten med bakgrunn i at pornoindustrien tidvis også innebærer grove overgrep og menneskehandel. I tillegg kom aspektet at mangfoldet i pornografien en del pasienter benyttet seg av, vekket direkte aversjon og avsky hos noen av behandlerne, slik at de ikke fikk til å holde tilstrekkelig distanse og møte pasienten på en nøytral måte. Vi erfarte også at det terapeutiske språket knyttet til pornobruk og seksualitet var mer fremmedartet for godt voksne behandlere enn for de yngre behandlerne. Dette førte etter hvert til at ledelsen gav denne type saker bare til de behandlerne som hadde interesse for dem.

AVVEININGER VED PORNOPROBLEMATIKK

I og med at Compulsive Sexual Behaviour Disorder er blitt innført i ICD-11, vil vi i tiden framover trolig se en økning av pasienter som søker hjelp i spesialisthelsetjenesten for skadelig bruk eller avhengighet av pornografi. Det vil være sentralt å gjøre gode differensialdiagnostiske avveininger i forbindelse med vurderinger av hvilken type behandling som bør gis, og når problematikken hører hjemme i TSB. Man kan se for seg at TSB gir tilbud til pasienter som utviser klare symptomer på en avhengighetsutvikling når det gjelder porno eller sex. Pasienter som har mer eksistensielle og psykologiske utfordringer knyttet til skam, moral og seksuell legning, bør kanskje fortrinnsvis få hjelp i andre typer helsetjenester, som privatpraktiserende psykologer og/eller sexologer. Det bør også gjennomføres grundige kartlegginger der man skiller mellom bruk av lovlig porno og ulovlig porno, siden sistnevnte berøres av straffeloven. »



Det terapeutiske språket knyttet til pornobruk og seksualitet var mer fremmedartet for godt voksne behandlere

Vår erfaring fra arbeidet med å opprette et tilbud tilpasset pornoavhengighet i Blå Kors poliklinikk er at det er hensiktsmessig å sette av en del tid til forberedelser i forkant av en slik prosess. Vår klinikk hadde allerede erfaring med å arbeide med andre former for atferdsavhengigheter, og vi vurderte derfor at en «learn-

by doing»-tilnærming kunne fungere i kombinasjon med ekstern veiledning av sexolog. Denne fremgangsmåten vil ikke nødvendigvis være tilstrekkelig for andre klinikker. Vår erfaring er at det fungerer best at terapeutene som har interesse for tematikken, er de som får fordype seg i den. Blå Kors Poliklinikk har i dag som mål å ytterligere spisse tilbudet til målgruppen. Det kan være aktuelt å vurdere gruppetilbud i tillegg til individualbehandling, og det er svært aktuelt å utvide målgruppen til å gjelde andre former for sexavhengighet. Poliklinikken har som følge av arbeidet med pornoavhengighet også blitt opptatt av hvordan vi kan gjøre gode kartlegginger av både netthelse og seksuell helse hos alle henviste pasienter. På den måten kan vi unngå at temaene dukker opp tilfeldig i samtaler, og at det blir vilkårlig hvilke pasienter som får hjelp til å håndtere problemene. ✘

REFERANSE

- Berggrav, S. (2020). «Et skada bilde av hvordan sex er». *Ungdoms perspektiver på porno*. Røde Kors. <https://www.medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/2020/rapport-redd-barna-mai-2020-et-skada-bilde-av-hvordan-sex-er.pdf>
- Fredriksen, G. (2022). *PORNO 2022* [Dokumentarserie]. NRK. <https://tv.nrk.no/serie/porno-2022>
- Peter, J. & Valkenburg, P. M. (2016). Adolescents and pornography: A review of 20 years of research. *The Journal of Sex Research*, 53(4–5), 509–531. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1143441>
- Novemberfilm. (2021). *Pornolandet* [Dokumentarserie]. TV 2. <https://play.tv2.no/programmer/fakta/pornolandet>
- TED. (2012, 16. mai). *Gary Wilson: The great porn experiment* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=wSF82AwSDiU>
- Voon, V., Mole, T. B., Banca, P., Porter, L., Morris, L., Mitchell, S., Lapa, T.R, Karr, J, Harrison, N.A., Potenza, M. N. & Irvine, M. (2014). Neural correlates of sexual cue reactivity in individuals with and without compulsive sexual behaviours. *PLoS ONE*, 9(7), e102419. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102419>
- Wilson, G. (2015). *Your Brain on Porn: Internet Pornography and the Emerging Science of Addiction*. Commonwealth Publishing.
- World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10. utg.). <https://icd.who.int>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11. utg.). <https://icd.who.int/>

AKTUELT

NY DOKTORGRAD

Mobbing på arbeidsplassen

Tidligere eksponering for mobbing betyr lite når man skal forstå utvikling av mobbing på jobb, og påfølgende utvikling av psykiske problemer.

Det fant Øystein Løvik Hoprekstad i sin doktorgrad som han disputerte med 14. oktober 2022.

Mobbing på jobb har en rekke negative konsekvenser for den som blir utsatt. Hoprekstad ønsket å identifisere hvorvidt tidligere mobbeerfaringer kunne påvirke eksponering for og virkningen av mobbing på arbeidsplassen.

Han brukte data innhentet fra spørreskjemaer over flere år, og fant at arbeidstakere som hadde blitt mobbet tidligere i livet hadde noe økt risiko for å oppleve mobbing på jobb, men at den økte risikoen var relativt liten.

Tidligere mobbeerfaringer forklarte langt mindre av den generelle forekomsten av mobbing på arbeidsplassen, sammenlignet med andre risikofaktorer i arbeidsmiljøet.

Overraskende nok virket det å ha blitt mobbet i ungdomsårene ikke inn på om man opplevde mer nedstemthet når man ble mobbet på jobb senere. Resultatene viste heller at sammenhengen mellom eksponering for mobbing på jobb og depressive tendenser var sterkere for de som *ikke* hadde blitt mobbet på ungdomsskolen. Det å ha blitt litt mobbet langt tilbake i tid fremsto som en beskyttelsesfaktor mot å oppleve depressive plager i forbindelse med nye opplevelser av mobbing i arbeidslivet.

Hoprekstad konkluderer med at praktikere som ønsker å forstå, forebygge og håndtere mobbing på arbeidsplassen snarere bør fokusere på miljømessige faktorer som arbeidsmiljø, ledelse og organisasjonens kultur og klima.

Kilde: Universitetet i Bergen



FOTO: SILE KATRINE ROBINSON

AKTUELT

NY DOKTORGRAD

Utilstrekkelige lysforhold på demensavdelinger

Eirin Kolberg disputerte 12. desember 2022 med sin doktorgrad hvor hun har undersøkt effekten av økt dagtidsbelysning ved demensenheter på sykehjem.

Personer med demens opplever ofte endringer i døgnrytme, og ulike atferdsmessige og psykologiske symptomer, som depresjon, angst, agitasjon og søvnforstyrrelser. Kolberg har undersøkt effekten av lysterapi som et alternativ til medisinsk behandling av disse demensrelaterte problemene. Lys er et viktig signal for regulering av døgnrytmen og kan påvirke søvn, humør og atferd.

Den første studien i avhandlingen, basert på data fra 15 demensenheter i Bergen, fant at lysforholdene på demensavdelingene var utilstrekkelige for å sikre god døgnrytme. For å undersøke dette nærmere ble det gjennomført en klinisk studie for å se om bedringer i lysforholdene kan ha fordelaktige effekter.

Den kliniske studien inkluderte 69 demensdeltakere fra åtte sykehjem. På fire av sykehjemmene ble taklampene på avdelingen oppgradert med LED-belysning som gav sterkere belysning på dagtid og lavere lysstyrke på morgen og kveld. Studien strekte seg over 24 uker, og kontrollgruppen i studien var eksponert for gjennomsnittlig innendørsbelysning.

Resultatene viste at lysbehandlingen ikke førte til forbedring av aktivitetsrytmen hos deltakerne, men at gruppen som mottok lysbehandling, hadde signifikant færre symptomer på depresjon etter 16 uker.

Doktorgradsarbeidet viser at det er potensial for forbedring av lyset på demensenheter, men resultatene fra den kliniske studien av lysbehandling var blandet. Avhandlingen trekker frem flere metodologiske utfordringer som gjør det vanskelig å trekke sikre konklusjoner. «Basert på kunnskapen vi har om døgnrytmer og dagslys fra tidligere forskning anbefales det likevel å ha fokus på tilstrekkelig belysning for beboere på sykehjem», står det i sammenfatningen på UiBs nettside.

Kilde: Universitetet i Bergen



FOTO: PRIVAT

ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2023 VOL. 60 NR. 02 S. 80-88 DOI: <https://doi.org/10.52734/PiSa4995>

Betydningsfull gjennom musikk: En samfunnspsykologisk studie av musikkterapiens ringvirkninger i barnehagen

Jørgen Aasen Berget¹, Trude Senneseth² & Brynjulf Stige³

Sammendrag

Formål og bakgrunn: Å utforske hvordan et spesialpedagogisk musikkterapeutilbud oppleves og tas i bruk i barnehagen. Studien er gjennomført i en kontekst der musikkterapiens relevans blir forstått i lys av barns rett til deltakelse og inkludering.

Metode: I to fokusgruppeintervju fortalte barnehagelærere, spesialpedagoger og assistenter hvordan musikkterapeutilbudet opplevdes og ble tatt i bruk. Data fra intervjuene ble analysert etter prinsipper for refleksiv tematisk analyse.

Funn: Resultatene antyder at musikkterapi bidrar til kontakt, kommunikasjon, fellesskap og glede. Når barn får musikkterapi som spesialpedagogisk hjelp, blir musikk brukt aktivt av barn og voksne gjennom hele uken for læring og deltakelse i barnehagefellesskapet.

Implikasjoner: Spesialpedagogisk hjelp gitt som musikkterapi kan redusere ekskludering og skape gode forhold for læring, utvikling og deltakelse i fellesskapet. Funnene drøftes i et samfunnspsykologisk perspektiv, og vi bruker begrepet betydningsfullhet (*mattering*) - det å føle seg verdifull og bidra med noe verdifullt - for å belyse viktige prosesser i relasjoner og samspillet mellom musikkterapeutilbudet og det ordinære barnehagetilbudet.

Nøkkelord: musikkterapi, barn, samfunnspsykologi, betydningsfullhet, deltakelse, spesialpedagogikk

¹ Pedagogisk-psykologisk tjeneste og pedagogisk fagsenter, Bergen kommune

² Helse Bergen HF og Høgskulen på Vestlandet

³ Griegakademiet, Universitetet i Bergen

KONTAKT

jorber@lyse.net

MERKNAD Ingen interessekonflikter er oppgitt

FAGFELLEVDERT

En pedagog som deltok i musikkterapi i en barnehage, fortalte: «Det skjer så mye når du ikke er her. Vi bruker musikken din i garderoben, ved måltider og i samlinger. Andre barn som har deltatt i musikkterapien, kan spontant begynne å synge på sangene.» Dette gjorde inntrykk, og vi ble nysgjerrige på sammenhenger mellom ukentlige musikkterapitimer og bruk av musikk i hverdagen til barnet.

Musikk kan bli forstått som kommunikasjon som er nonverbal, kreativ og estetisk. Samtidig er musikkens mening nært knyttet til kontekst (Stige, 2002). Musikk er ikke bare noe man utsettes for, men noe man deltar i. Ruud (1990) beskriver musikk som *kommunikativ virksomhet*, og lignende perspektiv er videreutviklet i lys av sosioøkologiske teorier (Ansdell, 2014). Musikk kan slik forstås som et verb (*musicking*): «To music is to take part, in any capacity, in a musical performance, whether by performing by listening, by rehearsing or practicing, by providing material for performance (what is called composing) or by dancing (Small, 1998, s. 9).» Ifølge disse teoretikerne gir musikk helt spesielle muligheter til å bygge relasjoner og komme nærmere et annet menneske.

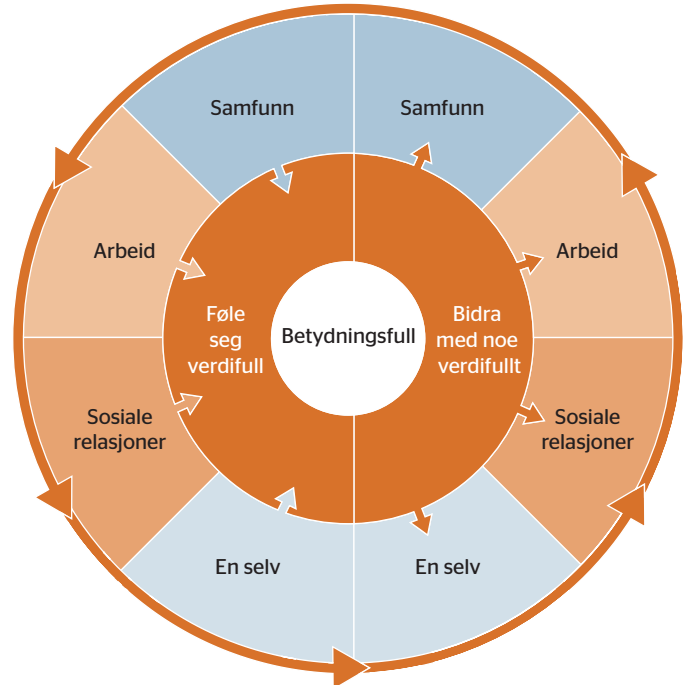
Dette kan forstås som et samspill mellom menneskers medfødte kommunikasjonsberedskap og de praksiser og kulturer vi sosialiseres inn i. Forskningen de siste tiårene på samhandlingen mellom foreldre og spedbarn har vist at den har musikalske kjennetegn, med sensitiv justering av puls, synkronisering av rytmer, tilpassing av fraser og modulering av intensitet. Malloch og Trevarthen (2009) argumenterer derfor for at alle mennesker er født med en *kommunikativ musikalitet*, forstått som forutsetninger og motivasjon for å gå inn i rytmisk organisert samhandling med andre mennesker gjennom lyd og bevegelse. Avhengig av hvilke praksiser og kulturer oppveksten vår gir oss kontakt med, kan vi både lære å være sammen med andre og å delta i ulike musikalske praksiser som i varierende grad vil gi plass til den enkeltes initiativ, væremåter, ressurser og utfordringer (Pavlicevic & Ansdell, 2009; Stige, 2002).

Musikkterapi og samfunnspsykologi

Musikkterapi kan defineres som bruk av musikk for å gi mennesker nye handlemuligheter. Begrensninger i handlemuligheter kan ligge på både individ- og samfunnsnivå (Ruud, 1997). Innenfor tradisjonen i det norske fagfeltet er man opptatt av et ressurs- og samfunnsorientert perspektiv, og både kulturpsykologi og samfunnspsykologi har hatt stor betydning for musikkterapeutisk teoriutvikling.

Figur 1

«The mattering wheel» – en syklus for betydningsfullhet (gjengitt etter tillatelse fra Tidsskrift for Den norske legeforening, Krokstad, 2021; Prilleltensky, 2020)



Merknad. Her forstår vi «arbeid» som barnets lek og samspill.

Dette er tydelig i tradisjonen innen musikkterapi som kalles samfunnsmusikkterapi (community music therapy), som vektlegger arbeid med deltakelse, ressurser og fellesskap (Stige & Aarø, 2012). Prilleltensky (2020) beskriver begrepet *mattering*, som kan forstås som betydningsfullhet. Å være betydningsfull innebærer både det å føle seg verdifull og det å kunne tilføre verdi til et fellesskap (Krokstad, 2021; Prilleltensky, 2020).

Å føle seg verdifull forutsetter at man blir respektert og anerkjent. Å kunne tilføre verdi innebærer muligheter til å bidra med noe som gjør en forskjell. Å føle seg betydningsfull bidrar til positiv vekst både for individet og fellesskapet (Prilleltensky, 2020). Opplevelse av betydningsfullhet kan i varierende grad skapes både i en familie og barnehage og i relasjonene mellom familie og barnehage. I Norge har man et mål om at barn skal føle seg hjemme i samfunnet, og at de skal oppleve at det er bruk for dem og deres perspektiver og meninger (Meld. St. 6 (2019–2020)), noe som er sammenfallende med sentrale mål både i samfunnspsykologien og musikkterapien.

PPT og spesialpedagogisk hjelp

Barnehagesektoren er som regel et barns første møte med et mangfoldig samfunn. I samarbeid med

hjemmet skal barnehagen ivareta barns behov for omsorg og lek, og fremme læring og dannelse som utgangspunkt for en allsidig utvikling. Barnehager skal også introdusere barn til ulike kunstneriske og kulturelle uttrykk og motivere barn til selv å delta i og bruke musikk: «Opplevelser med kunst og kultur i barnehagen kan legge grunnlag for tilhørighet, deltakelse og eget skapende arbeid» (Utdanningsdirektoratet, 2017a, s. 50).

Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) samarbeider med barnehager og skoler for å kartlegge utfordringer til enkeltbarn og for å utvikle et godt læringsmiljø (Meld. St. 6 (2019–2020)). Som sakkyndig instans vurderer PPT enkeltbarns behov for spesialpedagogisk hjelp, som i noen tilfeller gis som musikkterapi i barnehagen.

Litteratursøk

For å få en oversikt over litteraturen om musikk, musikkterapi og barnehager gjorde vi et systematisk søk i APA PsychINFO, RILM, ERIC, ORIA og MEDLINE. Vi så på ulike variasjoner av søketermene «music», «music therapy», «kindergarten», «preschool», «early childhood education», «beyond session», «ecology», «ecological», «milieu», «consultation», «indirect practice», «child's initiative» og «staff initiative». Ved søket i APA PsychINFO, RILM, ERIC, ORIA og MEDLINE fant vi 20 relevante artikler og bøker.

En del av disse studiene har et individorientert perspektiv på musikkterapi. Andre tar for seg et mer økologisk perspektiv, hvor deltakelse, ressurser og kontekst er viktige faktorer (Helle-Valle et al., 2015; Rickson, 2008; Smith & Hairston, 1999; Twyford & Rickson, 2013; Wetherick, 2009). Vi fant også masteroppgaver og doktorgradsavhandlinger (Høydal, 2021; Johansson, 2009). Det er flere som har sett på samfunnsmusikkterapi med vekt på familiesamarbeid og økologiske perspektiver, og dette er kilder vi har funnet ved et manuelt søk ut fra referanselister (Jacobsen & Thompson, 2016; Krüger, 2020; Rickson & McFerran, 2014; Stige, 2002). Vi valgte å gjøre det systematiske litteratursøket kun på engelskspråklig materiale fordi litteraturen på norsk er avgrenset og vi antok at vi hadde dekket det meste gjennom det manuelle søket vi hadde gjort.

Problemstilling

I litteratursøket fant vi noen studier som knytter seg til en økologisk forståelse av barns utvikling og utfordringer. Men vi har ikke sett studier som spesifikt undersøker betydningen av spesialpedagogisk hjelp i form av musikkterapi, og spesielt hvordan musikk-

terapien kommer til nytte for enkeltbarnet og barnehagefelleskapet *utover* den begrensede tiden terapien konkret gjennomføres. Vi undersøkte derfor følgende problemstilling: Hvordan brukes og oppleves musikken av barnet, den voksne og barnehagefelleskapet når musikkterapeuten *ikke* er i barnehagen?

Metode

To fokusgruppeintervju ble gjennomført. Fokusgruppeintervju egner seg for å utforske en problemstilling ved at deltakere med lignende erfaringer kan utforske egne og andres erfaringer, og slik kommer det frem bredde i erfaringer og synspunkter (Malterud, 2012).

Utvalg og gjennomføring

Et strategisk utvalg på seks barnehagetilsatte ble invitert, og alle valgte å delta. De hadde deltatt i musikkterapi i barnehage, enten som ansatt i barnehagen eller i et pedagogisk fagsenter, med stillinger som barnehagelærer, spesialpedagog eller assistent. Deltakerne er anonymisert og har fått de fiktive navnene Camilla, Linda, Ingrid, Ragnhild, Vilde og Henrikke.

Musikkterapi i barnehage

Førsteforfatter er utdannet psykolog og musikkterapeut fra Universitetet i Bergen. Han arbeider som psykolog i pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og som musikkterapeut i et fagsenter hvor han gir spesialpedagogisk hjelp. Musikkterapitimene gjennomføres til fast tid i et grupperom i barnehagen. Deltakere er minimum ett barn med vedtak om spesialpedagogisk hjelp, en pedagog og oftest flere barn fra en avdeling i barnehagen. Samarbeidet med spesialpedagog, barnehagelærer eller assistent gir musikkterapien en overføringsverdi, siden pedagogen og barna lærer musikkaktiviteter sammen, og kan benytte dem resten av uken.

Man bruker bildetimeplan som gir oversikt over hva som skal skje i timen, og hva som er nytt. Planen skaper forutsigbarhet, gode overganger mellom aktiviteter og gjør det lettere for barna å konsentrere seg om en aktivitet om gangen. Et typisk musikkprogram innebærer ulike typer sanger, inkludert det som kalles kategori-, sanse- og dansesanger. Repetisjon av sanger skaper trygghet og gjenkjennelse, og gjennom timene kan barn vise økt oppmerksomhet og evne til samspill og deltakelse. Praksisen er dialogisk og improvisatorisk ved at musikkterapeuten prøver å ta utgangspunkt i barnets initiativ og ønsker. Ved å bli hørt og lyttet til kan barna oppleve seg som deltakende og betydningsfulle. Når musikkterapitilbudet involverer andre barn, kan gleden mellom barna bli stor. Det har vært «gylne øyeblikk» med latter og glede.

Musikkterapeutens tilstedeværelse i barnehagen skaper rom for møter, læring og samtaler med flere barn i barnehagen, både før og etter den konkrete musikkterapitimen. Ved ett tilfelle var det et barn som ikke hadde deltatt, men som likevel hadde lært seg en «hei-sang» ved å være i nærheten av rommet for musikksamlingen. Man kan si at praksisen går utover de fysiske barrierene av rommets vegger.

Forskernes rolle og forståelsehorisont

I studien har vi benyttet en abduktiv tilnærming hvor vi har beveget oss frem og tilbake mellom teori og data. Våre teoretiske og epistemologiske preferanser er preget av ressursorienterte og samfunnspsykologiske perspektiver, som vi gjør rede for i artikkelen. Gjennom dialoger mellom forfatterne og med kollegaer i veiledningsgruppe har vi reflektert over muligheter og utfordringer i førsteforfatters posisjon som både forsker, psykolog og utøvende musikkterapeut. Det å være nær praksis som deltakere kan gjøre forskere forutinntatte og særlig positive til temaet som undersøkes. Dette er imidlertid ikke en studie som nøytralt skal sammenligne ulike former for spesialpedagogisk hjelp. Hensikten er å få dybdekunnskap om hvordan musikk tas i bruk i barnehager. Førsteforfatters aktørposisjon gir derfor et særlig innblikk i og dypere kunnskap om barnehagepraksisen. Som forskere har vi prøvd å tilstrebe struktur, åpenhet og gjennomsiktighet, som forventet i refleksiv forskning (Binder et al., 2012). I tillegg til refleksive samarbeidsprosesser har medforfattere deltatt i utformingen av forskningsprosjektet og i skriveprosessen.

Etikk

Studien ble drøftet og godkjent av personvernombudet i Bergen kommune 29.03.2021 i tråd med organisasjonens prosedyrer. Vår organisasjon har eget personvernombud og egne godkjenningssprosyderer, og bruker ikke Norsk senter for forskningsdata (NSD) som godkjenner av forskningsprosjekter.

Datainnsamling og anonymisering

Ledelsen i barnehagene som hadde et aktuelt tilbud om musikkterapi, og fagsenteret ble kontaktet via telefon og gav tillatelse til å muntlig invitere barnehagelærere, spesialpedagoger og assistenter til intervju. Deltakerne var ansatte i barnehagen eller fagsenteret som hadde erfaring med musikkterapi, og de gav informert samtykke til å delta. Førsteforfatter gjennomførte ett intervju fysisk og ett digitalt grunnet smitteverntiltak i forbindelse med pandemien. Det ble tatt lydopptak av intervjuene, som ble transkribert i anonymisert form og deretter slettet.

Intervjuguiden fokuserte på hvorvidt musikkterapi i barnehage har betydning utover det tidsrommet som musikkterapeuten var til stede, og deltakerne ble bedt om å beskrive det de hadde sett og hørt, og videre hvilken betydning de opplevde musikkterapien hadde for (1) de voksne, (2) barnet som mottok hjelpen, og (3) for andre barn.

Dataanalyse

Vi har benyttet en tematisk og refleksiv analysemetode (Braun & Clarke, 2006, 2019), og lagt vekt på hovedintensjonene om «refleksivitet, teoretisk engasjement og kreativt faglig arbeid» (Braun & Clarke, 2019). Først ble transkripsjonen lest og gjenlest for at vi skulle bli kjent med materialet, deretter ble tema kodet. Temarelevante sitater fra materialet ble valgt ut. Et tema kan sees som en kjernekaraktistikk ved historien som dataen forteller, og som aktivt skapes av forskernes analyse (Clarke & Braun, 2018). Veiledningsgruppen til førsteforfatteren ble ved to anledninger invitert til å delta i refleksjoner over hvilke tema som opplevdes spesielt viktig i et samfunnspsykologisk perspektiv. Etterpå bearbeidet førsteforfatter teksten, før forfatterne møttes og drøftet funn opp mot relevant teori og forståelse. Gjennom artikkelskriving ble det gjennomført ytterligere analyser for dypere forståelse av hvordan teorier kan belyse funnene, og hva som var viktigst å formidle. Møtet mellom de to fagfeltene musikkterapi og samfunnspsykologi ble sentralt når vi reflekterte over konkrete tema og sitater. Analysen er således et produkt av et dypdykk i data, hvor forfatterne aktivt og reflekterende var til stede (Braun & Clarke, 2019).

Resultater

Deltakerne beskrev i hovedsak hvordan de selv brukte musikken etter å ha deltatt i et musikkterapitilbud. I analysen kom det frem viktige opplevelser i fire overordnede temaer: kontakt, kommunikasjon, fellesskap og glede. De fire temaene er uløselig bundet til hverandre. Vi har valgt å gruppere temaene i to bolker, ettersom det er slik deltakerne fortalte om dem.

Kontakt og kommunikasjon

Camilla forteller hvordan musikken muliggjør en unik kontakt. Det viktigste for henne er en opplevelse av å kunne bruke musikken for å oppnå kontakt med barnet på en annen måte:

For meg så er det at du har hjulpet meg til å se en måte å få kontakt med dette barnet på, som vi ikke har klart

på noen annen måte. Det har vært veldig fint. Det blir et fellesskap med resten av gruppen som dette barnet ikke opplever på mange andre arenaer.

Linda tar opp det å oppleve viktige små endringer hos barnet, hvordan hun ser de bitte små tingene som endrer seg fra gang til gang. Hun tar opp eksempler som det å vente på tur og å bruke dagtavle. «At vi ser fra gang til gang at en klarer litt mer og tåler litt mer.» Fra uke til uke ser hun de små skrittene. Hun tar opp hvor viktig det er at det samme personalet deltar i musikkterapien hver gang for å kunne se prosessen: «Kanskje barnet ventet i tre sekunder mer enn forrige gang, og det ser du fordi du var der forrige gang.»

Camilla beskriver at det er stort når man finner en innfallsport til kommunikasjon med barn som har begrenset eller manglende språk. Hun beskriver videre hva hun tror skjer i barnet når det nynner, at det er et uttrykk for opplevelsene barnet har hatt: «Mitt håp er da at når barnet merker at det kommer et svar på den sangen, at det er flere som er deltakere, så vil det selvfølgelig etter mange ganger oppleve at det er en måte å kommunisere noe.»

Fellesskap og glede

Linda beskriver hvordan hun bruker sangen «Så spiller vi litt på magen». Det utvikler seg en samtale om kroppen, og sangen beveger seg gjennom barnegruppen gjennom hele dagen:

Vi hadde den i forrige uke, den «Så spiller vi litt på magen». Den endret seg etter hvert til «Så spiller vi på puppen». Det var så vittig, fordi den sangen gikk hele dagen, men da vi sang «spille på puppen», ble det et veldig tema om pupper. «Vi har ikke pupper», og de måtte sjekke. Det ble mye ut av den sangen, vi synes det var morsomt. ... Så diktet jo vi videre, hvor vi skulle spille på «ryggen» og på «rumpen» og ..., sant? Og alle likte den så godt, det var det som var, og så ble det: «Hvor kan vi spille nå?» Alle kom med forslag, og ja, det ble veldig gøy da. Og den hørte vi utover dagen, vi hørte den hele dagen faktisk, den der nynningen på refreng.

Når deltakerne forteller om hva de ser og hører i barnehagen, kommer det opp flere eksempler på hvordan de opplevde at barna ble en del av et fellesskap. Det virker som at gleden gjennomsyret musikkterapistunden og bruken av musikk i barnehagefellesskapet. Ingrid forteller om en togsang som hun begynte å synge på, og at det «... spontant kom en hel hale bak meg. Den ene henger på og den andre henger på, og barnet som er sammen med meg, henger på.» Videre beskriver Ingrid hvilken betydning dette har for barnet som deltar på aktiviteten:

Det gir en enorm glede. Du ser at ansiktene på alle barna er veldig glade, og ikke minst det fellesskapet. Holde rundt magen på hverandre og synge den samme sangen; det er en utrolig god følelse. Selv om barna kanskje ikke uttrykker dette verbalt, kan du se det på hele kroppsspråket. Vi er et «vi», og det er den «vi-følelsen» vi jobber mot. Når den kommer, så er den magisk.

Ingrid forteller at det skjer også noe inni henne når hun ser at barna blir glade: «Det er den gleden. Den indre gleden. Og det kan jo også handle om at vi får noe til, det også er jo en tilfredsstillelse; det er jo jobben vår. Dette fikk vi til, sant.» Ingrid beskriver videre en situasjon hvor alle 19 barna i barnehagen hadde en samlingsstund på avdelingen. Her begynte de å synge på en sang med bevegelser. Da begynner barnet som får musikkterapi, med en gang å respondere og gjøre bevegelser og å lære bort sangen til andre barn. Etter noen ganger kan alle barna på avdelingen synge, og da så Ingrid gleden og tilfredsstillelsen hos barnet som hadde fått lov til å lære bort en sang. Ingrid forteller om det hun tenker skjer i barnet: «Vi tror at det barnet kjenner på, er noen utrolig gode følelser, og vi tror at barnet kjenner seg veldig inkludert. Og vi kan se at barnet vokser på situasjonen.» Hun fortsetter:

«Barnet har lært «Vi betyr noe» og «Vi har noe som er viktig for de andre, min kunnskap betyr noe» og «Vi kan lære de andre noe». Når barnet i utgangspunktet er veldig svakt, er det ikke ofte at det kan oppleve akkurat en slik situasjon. Men det å være en som kan noe mer enn de andre, det er ikke så ofte de barna vi jobber med kan det.»

Hun beskriver også hva som skjer inni henne, og hvordan hun viderefremidler det hun har sett og hørt:

Det er jo en sånn eureka og sommerfugler. Vi blir jo så glade at vi blir helt rørt. Det er jo det første som vi sier til foreldrene når de kommer og henter. Vi kan formidle denne situasjonen og opplevelsene til barnet. Da kan vi se i øynene på foreldrene at det nesten kommer tårer; de blir så glade, og de går hjem fra barnehagen med barnet sitt med en sånn god følelse. Vi er helt sikre på at den gode følelsen varer hele den kvelden, så dette får en overført betydning og en stor verdi. Men det fordrer jo at vi voksne er bevisste, vi må være bevisste på å fremheve dem når vi kan, og være bevisste på å formidle historien videre.

Ingrid mener at hvis hun *ikke* formidler barnets historie videre, så har hun bare gitt 50 % innsats: «(...) for når foreldre òg får hørt historien, så opplever de også den gleden gjennom barnets opplevelser.»

Diskusjon

Camilla beskriver også hvordan musikk kan gi en fellesskapsopplevelse:

«Når vi da tar frem musikken som du bruker: Barnet reiser seg, kommer ut på gulvet, er med, det kommer flere barn til, og det blir et fellesskap. Det blir en opplevelse og en aktivitet som ellers ikke ville vært der for de barna som er svake i forhold til kommunikasjon.» Camilla omtaler også hvor kjekt det er når voksne er med på «sånn tull og tøys.»

Linda trekker frem sammenhengen mellom forventning og glede og at hun opplever en entusiasme rundt musikken. Henrikke tar opp at det er viktig hvilke holdninger de voksne i barnehagen har til musikken, og at de bruker musikken:

Det kunne ha endt opp med at det var den timen og ikke ble noe mer, ikke sant? Så det er jo viktig at man er [med] på det og bruker musikken ellers når en ser at det kan være bra for barna og miljøet.

Henrikke og Ingrid trekker frem at musikken gir glede til alle barn på avdelingen, ikke kun barnet som får musikkterapi som spesialpedagogisk hjelp, og at musikk kan være en motivasjon for å arbeide med andre oppgaver, og hun sier: «Musikk skaper glede.» Camilla trekker frem at det er lettere å rydde når man benytter musikk. Vilde forteller om bruken av bakgrunnsmusikk for å skape en stemning og å roe ned.

Camilla nevner et flerspråklig barn som skulle begynne i barnehagen uten å kunne norsk, og gløden det uttrykte i musikken:

Da ser jeg spesielt for meg et barn som ble så glad hver gang vi satte på musikk. Det var noen bevegelser til musikken hun observerte og etter hvert tok del i ... Det var mange ting som hun syntes kunne være uoversiktlige og vanskelige. Men når musikken kom, da var hun på trygg grunn.

Ragnhild fortalte om et barn hvor det var bursdags-samling. Barnet hun beskriver, fikk selv velge bursdagssang, og hun sang denne etterpå, men byttet ut «happy birthday to you» med «happy birthday to me». Ragnhild beskriver så hva hun tenkte skjedde i barnet:

Sånn som vi ser det, synes hun det er kjempekjekt, hun fryder seg, hun skjønner at dette er til meg. Og den applausen som kommer. Så vi sitter igjen med at hun forstår at «dette er min dag», og en sånn god følelse at dette var en veldig fin stund.

Vi har sett på sammenhengen mellom musikkterapi og ulike hverdagsaktiviteter i barnehagen. Personalet er med i musikkterapi, ser og hører musikken der, lærer noe og blir inspirerte. Videre ser og hører de at barna bruker det de har lært, og ser utvikling i barnas kompetanse. Personalet bruker så kjente sanger eller sanger de har lært i musikkterapi, i møte med barna i andre situasjoner. Slik bygger deltakerne med bakgrunn som barnehagelærere, spesialpedagoger og assistenter videre på sine erfaringer, evner og utdanningsbakgrunner knyttet til pedagogikk og musikk. I diskusjonen av funnene tar vi utgangspunkt i temaene *kontakt* og *kommunikasjon*, *fellesskap* og *glede*. Vi drøfter temaene opp mot det samfunnspsykologiske begrepet betydningsfullhet, supplert med aktuell teori fra musikkterapien.

Kontakt og kommunikasjon

Å bli verdsatt er grunnleggende for å kunne gi verdi til seg selv, til andre og til samfunnet. Begrepet betydningsfullhet innebærer først at man erfarer at man har verdi, hvor samfunn, arbeid, sosiale relasjoner og en selv kan bidra til at man føler seg verdifull. Videre innebærer betydningsfullhet at man ønsker og får mulighet til å tilføre verdi til de samme arenaene (se figur 1). Vi har valgt å utvide modellen til Prillelensky, hvor vi fokuserer på barn og erstatter arbeid i hans modell med lek og samspill. Når den voksne i barnehagen opplever å få en ny kontakt med et barn, kan man tenke at dette er noe som gir barnet en opplevelse av å være verdifull, men det er også noe som gir den voksne en verdi. Med andre ord så gjelder *mattering*-syklusen både for de voksne i kontakt med barnet og barnet selv.

Det er sannsynlig at erfaringene den ansatte får gjennom musikkterapien, bygger videre på den profesjonskunnskapen hun/han allerede har. I funnene ser man at de voksne i barnehagen kan være svært viktige for å gi barn en opplevelse av betydning og verdi for fellesskapet. Det skjer ved at barna får mulighet til å dele sangene de har lært, med andre barn og ta en aktiv del i eksempelvis å holde rundt hverandre og synges den samme sangen. Slik deling kan gi gode ringvirkninger ved at barn og ansatte opplever seg betydningsfulle og da ønsker å bidra inn i fellesskapet.

Å forbedre kvaliteten på det ordinære barnehagetilbudet er nevnt som det viktigste tiltaket for å fremme en inkluderende praksis i barnehagene (Meld. St. 6 (2019–2020)). Når en spesialpedagog, barnehagelærer eller assistent greier å få kontakt med et barn på en ny måte, kan man si at kvaliteten på det ordinære barne-

hagetilbudet er blitt forbedret. Musikkterapi kan gi barnehagelæreren, spesialpedagogen og assistenten mulighet til å oppnå bedre kontakt med et barn, og gi et barn bedre kontakt med den ansatte og de andre barna. Med andre ord kan musikkterapi bidra til å øke kvaliteten på samspillet og dermed inkluderingen som skjer i barnehagen.

Fellesskap og glede

Flere av deltakerne fortalte at de opplevde at barna ble del av et fellesskap gjennom musikken. De fortalte om hvordan glede og fellesskap hang sammen. Annerledeshet kan bli møtt som et problem eller som en mulighet. Musikkterapi kan her gi mulighet for deltakelse og samspill (Helle-Valle et al., 2015). Barna kunne tilføre verdi til fellesskapet gjennom musikk, samtidig som det samme fellesskapet gir barna en opplevelse av å ha verdi. Det å oppleve seg trygg og verdsatt blir et avgjørende utgangspunkt for barns læring og utvikling. Å være del av et fellesskap og en relasjon er fra tidlig av grunnleggende for å utforske verden. «Just as belonging is a powerful tonic for wellbeing, exclusion is toxic for health» (Prilleltensky, 2020, s.18). Flere i barnets nettverk opplever seg verdifulle. De får bidratt og ønsker å fortsette å bidra. Både pedagoger, foreldre og barn er deltakende i musiseringen i fellesskapet.

Mennesker har et stort behov for å høre til i fellesskapet. Vi trenger regelmessige, positive interaksjoner med de samme individene i et langsiktig, stabilt og omsorgsfullt rammeverk (Baumeister & Leary, 1995). Det å føle seg utelatt kan true ens opplevelse av verdi og mulighet til å bidra, noe som kan være destruktivt med tanke på psykisk og fysisk tilfredshet. Ensomhet har blitt assosiert med dårligere immunforsvar og depresjon (Prilleltensky, 2020).

Musikkterapi påvirker det ordinære tilbudet

Følelsen av å oppleve seg verdifull og å kunne tilføre verdi knytter individet til fellesskapet (Prilleltensky, 2020). I Prilleltenskys *mattering*-syklus (se figur 1) forstår vi altså «arbeid» som barnets lek og samspill. Barnets mulighet til lek og samspill regnes som avgjørende for sosial, emosjonell og kognitiv utvikling (Burris & Tsao, 2002). Målet med spesialpedagogisk hjelp er å bidra til læring og utvikling ved å gi barnet tidlig hjelp og støtte til utvikling av for eksempel språklige eller sosiale ferdigheter (Utdanningsdirektoratet, 2017b). Det spesialpedagogiske tilbudet i barnehagene har fått mye kritikk (Nordahl et al., 2018). Kritikken har omhandlet kompetansemangel hos dem som gir hjelpen, og at mange tilbud har en form som bidrar til ekskludering fra fellesskapet.

Nordahls ekspertgruppe mener at det er for store variasjoner i kvalitet i barnehager, noe som særlig går ut over barn med spesielle behov (Nordahl et al., 2018). Barn og unge får det beste grunnlaget for å utvikle seg sosialt og faglig når de opplever seg som en viktig del av fellesskapet (Meld. St. 6 (2019–2020)). Det er derfor viktig at barnehage, PPT og fagsentre har en praksis der spesialpedagogisk hjelp bidrar til inklusjon og deltakelse i fellesskapet, og unngår å sette i gang tiltak som fører til ekskludering.

Studien antyder at musikkterapi gir personalet i barnehagen muligheter til å fremme kontakt, kommunikasjon, læring og fellesskap. Læring og utvikling skjer gjennom musikken. Barna tar viktige små steg fra gang til gang: De mestrer for eksempel turtaking bedre. Flere av informantene tar opp at musikken kan føre til kontakt og bedre sosiale ferdigheter, noe som kan ha konsekvenser for barns muligheter til å ta del i lek og samspill.

Samfunnspsykologien vektlegger samarbeidseksptise heller enn en terapeutrolle der en skal «fikse problemer» individuelt (Prilleltensky, 2001). En av deltakerne i studien ytret tydelig en ny mestringsstro på sin evne til å etablere kontakt med barnet. Mestringstro omhandler troen på å kunne få til noe (Bandura, 1982). Læring skjer i et fellesskap mellom musikkterapeut, spesialpedagog, barnehagelærer og assistent. Det kan skje ved å ha et praksisfellesskap i barnehagen, der man lærer av hverandre. Å reflektere sammen kan øke bevissthet og læring. Musikkterapeuten kan lære mer om hva som blir nyttig både for barna og for de som arbeider i barnehagen, og på den måten få en dypere forståelse av eget og andres arbeid. Personalet i barnehagene kan gjennom felles refleksjon bli mer bevisste på hva de selv allerede gjør som er nyttig for barna, og lære av hverandres erfaringer. På denne måten vil gruppesamtaler kunne gjøre deltakerne mer bevisst på egne ressurser og eget handlingsrom og på betydningen av musikken i barnehagehverdagen.

Studien belyser endringer i relasjoner der barnet og de voksne opplever at de har betydning (Prilleltensky, 2020). Rickson og McFerran (2014) har sett på hvordan man kan bygge en inkluderende og deltakelsesorientert musikkultur på en skole. De trekker frem at samarbeid på tvers av profesjoner er en kraftfull tilnærming for å få til ting man aldri ville greid alene. Musikkterapeuter kan ha en viktig rolle i å hjelpe pedagoger i å benytte musikk i møte med barn på en ny måte (Twyford & Rickson, 2013). Det innebærer et lærende profesjonsfellesskap. En kan se for seg at en av grunnene til at overføringen eller modelleringen fungerer så godt, er at barnehagelærer, spesialpedagog og

assistent kjenner seg igjen i den musikkterapeutiske praksisen. Dette gjør at aktiviteter og arbeidsmåter i musikkterapiøkten lettere kan bli videreført mellom øktene. I barnehager kan det allerede være en bevissthet rundt bruken av musikk. Musikkterapeuten kan bidra med musikalske og relasjonelle ferdigheter, nye sanger, fokus i aktiviteter, en systematikk samt et profesjonelt blikk som kan være nytt. Studien vår viser at når de ansatte i barnehagen tar med seg musikken og den nye kunnskapen inn i resten av uken, når de deler dagens opplevelser med barnet og musikken med foreldre som kommer og henter, da spres denne opplevelsen av å være betydningsfull. Dette ville ikke vært mulig uten at spesialpedagogen, barnehagelæreren og assistenten selv var aktive og delte både musikken og gleden.

Konklusjon og implikasjoner

Denne studien viser at musikkterapi som spesialpedagogisk hjelp kan skape en bedre kontakt barn imellom og mellom barn og voksne i et barnehagefelleskap. Musikk bidrar til kommunikasjon, fellesskap og glede. Musikkterapien brukes altså av både det enkelte barn og av barnehagefelleskapet, utover den begrensede tiden musikkterapeuten er til stede. Dette understøtter relevansen av et sosioøkologisk teoriperspektiv for belysning av hvordan en inkluderende og deltakelsesorientert musikkultur bygges. Det er en forutsetning at de voksne i barnehagen aktivt tar del i musikkterapien med barnet og benytter musikken resten av uken. Dette kan skape bedre muligheter for barna for å delta, bli hørt, lære, mestre og å føle seg betydningsfull og få tilføre verdi til fellesskapet.

Det anbefales å undersøke videre om musikkterapi kan være særlig hensiktsmessig som spesialpedagogisk hjelp for å nå overordnede mål for barnehagene. Kanskje kan en med tidlig innsats gjennom gode fellesskap i større grad enn i dag forhindre utenforskap for barn med vansker. Det vil være verdifullt med videre forskning på hvilke muligheter det ligger i å bruke musikkterapi som spesialpedagogisk hjelp. Ved å gjøre observasjoner av naturlige forekommende «gytne øyeblikk» i musikkterapi med barn kunne vi ha kommet enda tettere inn på barnas opplevelser. Det vil også være verdifullt å se nærmere på innhold og kvaliteter i samspillet mellom barnehagepersonell og musikkterapeut for å få en dypere forståelse av musikkterapiens muligheter i et barnehagefaglig profesjonsfelleskap. ✘

REFERANSER

- Ansdell, G. (2014). *How Music Helps in Music Therapy and Everyday Life*. Routledge.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*, 117(3), 497. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Binder, P.-E., Holgersen, H. & Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive: An explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology*, 64(2), 103–117. <https://doi.org/10.1080/19012276.2012.726815>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Braun, V. & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative research in sport, exercise and health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Burriss, K. G. & Tsao, L.-L. (2002). Review of research: How much do we know about the importance of play in child development? *Childhood Education*, 78(4), 230–233. <https://doi.org/10.1080/00094056.2002.10522188>
- Clarke, V. & Braun, V. (2018). Using thematic analysis in counselling and psychotherapy research: A critical reflection. *Counselling and Psychotherapy Research*, 18(2), 107–110. <https://doi.org/10.1002/capr.12165>
- Helle-Valle, A., Binder, P.-E. & Stige, B. (2015). Do we understand children's restlessness? Constructing ecologically valid understandings through reflexive cooperation. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 10(1), 29292. <https://doi.org/10.3402/qhw.v10.29292>
- Høydal, E. (2021). Musikkterapeuters opplevelser av sin profesjonelle identitet i møte med et spesialpedagogisk system: En kvalitativ intervjustudie. [Mastergradsoppgave]. Universitetet i Bergen.
- Jacobsen, S. L. & Thompson, G. (2016). *Music therapy with families: Therapeutic approaches and theoretical perspectives*. Jessica Kingsley Publishers.
- Johansson, K. (2009). Spill på kroppen: om bruk av berøring i musikkterapeutisk arbeid med barn med multifunksjonshemming. [Mastergradsoppgave]. Norges musikkhøgskole.
- Krokstad, S. (2021). Hva skal til for å få flere i arbeid? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0760>
- Krüger, V. (2020). *Music therapy in child welfare: Bridging provision, protection, and participation*. Barcelona Publishers.
- Malloch, S. & Trevarthen, C. (2009). Musicality: Communicating the vitality and interests of life. I S. Malloch & C. Trevarthen (Red), *Communicative Musicality: Exploring the Basis of Human Companionship*, 1, 1–10. Oxford University Press
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Meld. St. 6 (2019–2020). *Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO*. Kunnskapsdepartementet.

- Merrick, J. (2013). *Child health and human development yearbook, 2011*. Hauppauge, NY, US: Nova Biomedical Books, US.
- Nordahl, T., Persson, B., Dyssegaard, C. B., Hennestad, B. W., Wang, M. V., Martinsen, J., Vold, E. K., Paulsrud, P., Johnsen, T. (2018). *Inkluderende fellesskap for barn og unge*. Fagbokforlaget.
- Pavlicevic, M. & Ansdell, G. (2009). Between communicative musicality and collaborative musicing: A perspective from community music therapy. I S. Malloch & C. Trevarthen (Red), *Communicative Musicality: Exploring the Basis of Human Companionship*, 357–376. Oxford University Press
- Prilleltensky, I. (2001). Value-based praxis in community psychology: Moving toward social justice and social action. *American Journal of Community Psychology*, 29(5), 747–778. <https://doi.org/10.1023/A:1010417201918>
- Prilleltensky, I. (2020). Mattering at the intersection of psychology, philosophy, and politics. *American Journal of Community Psychology*, 65(1–2), 16–34. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12368>
- Rickson, D. (2008). The Potential Role of Music in Special Education (The PROMISE): New Zealand Music Therapists' Consider Collaborative Consultation. *New Zealand Journal of Music Therapy*, (6).
- Rickson, D. & McFerran, K. S. (2014). *Creating Music Cultures in Schools*. Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling: Teoretiske perspektiv på musikkterapien*. Solum.
- Ruud, E. (1997). Music and the quality of life. *Nordic Journal of Music Therapy*, 6(2), 86–97.
- Small, C. (1998). *Musicking: The Meanings of Performing and Listening*. Wesleyan University Press.
- Smith, D. S. & Hairston, M. J. (1999). Music therapy in school settings: Current practice. *Journal of Music Therapy*, 36(4), 274–292. <https://doi.org/10.1093/jmt/36.4.274>
- Stige, B. (2002). *Culture-centered Music Therapy*. Barcelona Publisher.
- Stige, B. & Aarø, L. E. (2012). *Invitation to community music therapy*. Routledge.
- Twyford, K. & Rickson, D. (2013). In their element! Student responses to the work of a music therapist in music therapy school consultation. *Music Therapy Perspectives*, 31(2), 127–136. <https://doi.org/10.1093/mtp/31.2.127>
- Utdanningsdirektoratet. (2017a). *Rammeplanen for barnehage*.
- Utdanningsdirektoratet. (2017b). *Veilederen Spesialpedagogisk hjelp*.
- Wetherick, D. (2009). Music in the family: music making and music therapy with young children and their families. *Journal of Family Health Care*, 19(2), 56–58.

Ketaminassistert psykoterapi for depresjon

I behandling av depresjon med ketamin er tverrfaglighet og terapeutisk prosess sentrale elementer.

DEPRESJON ER EN av de hyppigste psykiske lidelsene i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018). Antidepressiva og tradisjonell samtalerterapi er til hjelp for mange, men flere opplever ikke vesentlig bedring av tradisjonelle terapimetoder (Cuijpers et al., 2020). De siste ti årene har ketamin i stadig større grad blitt brukt i behandling av psykiske lidelser, inkludert depresjon (McInnes et al., 2022).

Awakn Clinics Oslo (tidligere Axon-klinikken) tilbyr ketaminbehandling til pasienter med behandlingsresistent depresjon. Bruk av ketamin utenom anestesi anses som «off label» eller utenfor godkjent preparatopptak, men behandlingen ble gjennomgått av Norsk psykiatrisk forening og deretter fastslått som faglig forsvarlig av Statsforvalteren i Oslo og Viken i 2019. Over 200 pasienter har mottatt behandling på klinikken siden åpningen i 2018, og erfaringen vår så langt er at behandlingsformen er virksom og trygg for pasienter med depresjon og komorbide lidelser. I 2022 ble behandlingstilbudet utvidet fra å kun tilby ketaminbehandling til å tilby ketaminbehandling med psykoterapi. I slike forløp mottar klientene elleve timer psykoterapi over en periode på åtte uker, som inkluderer fire ketaminbehandlinger. Her ønsker vi å formidle generell kunnskap om ketaminas-

sistert psykoterapi (KAP) og våre kliniske erfaringer med bruk av metoden, illustrert med et kasus: «Ola».

EFFEKTER

Ketamin administrert i doser mellom 0,5 og 1,5 mg/kg gir forbigående psykoaktive effekter som ligner effektene av serotonerge psykedeliske stoffer som psilocybin og LSD. Akutte virkninger er endret humør, persepsjon, tankeinnhold og opplevelse av tid og rom, og dissosiasjon. Dissosiasjon er en mer unik effekt for ketamin. Dosen (0,5 –1,5 mg/kg) holder klientens bevissthet intakt, men kan gi sterke transpersonlige, eksistensielle og transcendentale opplevelser, f.eks. en opplevelse av å være utenfor kroppen og i ett med omgivelsene og universet. Studier har vist at det er en sammenheng mellom intensiteten i selve opplevelsen og den antidepressive virkningen av ketamin (Niciu et al., 2018; Pennybaker et al., 2017). Det foregår en betydelig forskningsaktivitet knyttet til å sortere ut de nevrobiologiske virkningene i ketaminbehandling for depresjon (se Kohtala, 2021 og Inserra et al., 2021). Foreslåtte mekanismer for symptombedring er f.eks. økt nevroplasticitet og synaptogenese, økt aktivitet i prefrontal korteks, og en normalisert aktivitet i default mode-nettverket (standardmodus) »

TEKST Ivar F. Mølmen, Awakn Clinics Oslo, Kristoffer A. A. Andersen, Awakn Clinics Oslo, Lowan H. Stewart, Awakn Life Sciences og ketamin-enheten ved DPS Nordre Østfold, Ingrid Castberg, Awakn Clinics Trondheim

KONTAKT Ivar@Awaknlifesciences.com

MERKNAD Kasus er anonymisert, og personen har samtykket til publisering. Forfatterne er tilknyttet privat klinikk som tilbyr ketaminassistert psykoterapi.

Hva er ketamin?

Ketamin påvirker flere reseptorsystemer i sentralnervesystemet, men er hovedsakelig en NMDA-reseptorantagonist. Medikamentet ble godkjent av den amerikanske tilsynsmyndigheten Food and Drug Administration i 1970, og ble godkjent som anestesimiddel i Norge i 1973. Senere ble ketamin kjent gjennom utstrakt bruk til smertelindring og anestesi i Vietnam-krigen. Nå brukes ketamin som hurtigvirkende anestetikum for kortvarige, smertefulle prosedyrer og som innledning og vedlikehold av generell anestesi på sykehus over hele verden. Psykoaktive effekter som oppstår ved inntak av lavere doser av ketamin ble beskrevet allerede i de første studiene av bruk på mennesker. Medikamentet gir ikke generalisert CNS-depresjon, men demper selektivt nevronal funksjon i deler av cortex

cerebri og thalamus, samtidig som deler av det limbiske system stimuleres. Edward Domino beskrev allerede i 1966 signifikante endringer i humør i tillegg til en «frakobling» fra kroppen. Ketamin ble derfor klassifisert som et «dissosiativt anestetikum» (Corssen og Domino, 1966). Faren for avhengighet av ketamin er lav. Ettersom preparatet kun gis under tilsyn er det langt mindre risiko for misbruk enn ved annen psykofarmaka, som eksempelvis benzodiazepiner og amfetaminer. Det fysiske skadepotensialet til ketamin er vurdert som lavt. Dosene som gis i ketaminassistert terapi er lavere (ca. 1/6) enn dosen som gis til barn ved behandling av smerte eller som anestesi på sykehus og akuttmottak. De vanligste bivirkningene av ketaminbehandling er forbigående kvalme, svimmelhet og angst under behandling.

(Kohtala, 2021). Man tenker også at ketamin virker gjennom å normalisere en overaktivert amygdala (Inserra et al., 2021). Et sentralt fenomen gjelder den dissosiative effekten av ketamin, som varer i omtrent én time, men hvor man antar at effekten på synaptisk plastisitet vedvarer i en uke eller mer etter én enkelt dose (Duman et al., 2016).

KETAMINASSISTERT PSYKOTERAPI

Tradisjonell bruk av psykofarmaka innebærer ofte daglig medikamentbruk, med eller uten samtalebehandling. I ketaminassistert psykoterapi kombinerer man ketamin og samtaler aktivt for å utnytte perioden for økt synaptisk plastisitet, og for å bruke erfaringene under behandlingen som tema for diskusjon og bearbeiding. Ketamin underbygger terapiprosessen og kan bidra til langvarig endring i rigide tanke-mønstre og gi tilgang på et større følelses-spekter. Økt kognitiv fleksibilitet kan gi pasienten muligheten til å se seg selv, omgivelsene og egne utfordringer i et nytt perspektiv. Allerede på 70-tallet observerte forskere at pasienter som fikk psykoaktive doser i ketaminassis-

tert terapi, viste positive humørendringer og redusert symptomtrykk (Krupitsky & Grinenko, 1997). Den første randomiserte kontrollerte studien for behandling av alvorlig depresjon med ketamin (uten psykoterapi) ble gjennomført ved Yale i 2000 (Berman et al., 2000). I dag har ketamin vist effekt mot depresjon i over 20 dobbeltblindede, randomiserte, kontrollerte studier og flere metaanalyser, med respons- og remisjonsrater på henholdsvis 70 % og 30 % innen 24 timer (Kvam et al., 2021). I kjølvannet av den tidligere forskningen på depresjon, har nyere kliniske studier vist lovende resultater i behandling av selvmordstanker, angstlidelser, posttraumatisk stresslidelse (PTSD), ruslidelser og spiseforstyrrelser (Walsh et al., 2022).

TEORI OG TILNÆRMING

I perioden 2000–2020 ble det publisert 13 kliniske studier som bruker enten LSD, psilocybin eller DMT (dimetyltrypptamin) i behandling av psykiske lidelser (Andersen et al., 2021; Davis et al., 2021), og det er utviklet flere manualbaserte behandlingstilnærminger basert på funn fra disse studiene. Tilnærmingene inn-

lemmer anerkjente psykoterapimetoder, slik som Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT), som anvendes i forskningsprotokollen ved Yale University (Guss et al., 2020), motiverende intervjue (Mathew & Price, 2020) og kognitiv atferdsterapi (KAT) (Wilkinson et al., 2021). Tidlige studier og klinisk behandling fokuserte mest på de biologiske effektene av ketamin, men det er økende konsensus om at en kombinasjon av ketamin og psykoterapi gir mer effektiv reduksjon av symptomer og mer varig terapeutisk endring (Mathai et al., 2022; Greenway et al., 2020). Vår tilnærming sammenfaller med behandlingsmanualen til Yale. Den innebærer fokus på forberedelse til og ivaretagelse under behandling, og integrasjon av den psykedeliske opplevelsen. Før behandling gjennomgås pasientens historie, og behandler gir grundig informasjon om forløpet. Forventninger, spesielle hensyn (språk, fysiske sykdommer, kultur, etc.) og mål blir diskutert og inkluderes i en individuell behandlingsplan, hvor ACT er rammeverk for behandling og arbeidsmetodikk, og tilpasses pasientens ønsker og behov. Under ketaminbehandlingen sitter pasienten tilbake i en stol med teppe, øyemaske og hodetelefoner med spesialtilpasset musikk. Effekten av ketamin varer 40–60 minutter, og helsepersonell er kontinuerlig til stede. Noen blir lyssensitive, svimle eller kvalme når den akutte medikamenteffekten avtar, men dette går ofte over innen 20 minutter. I siste del av timen gjennomgås inntrykk og opplevelser, og man diskuterer mulige betydninger av opplevelsene.

PRAKSIS

Vi har et tverrfaglig team med psykologer, leger, psykiatere og sykepleiere. Pasienter som ønsker ketaminassistert behandling, gjennomgår en grundig tverrfaglig utredning med kartlegging av fysisk og psykisk helse og egnethet. Medisinsk helsepersonell sørger for forsvarlig admi-

nistrasjon og oppfølging knyttet til medikamentet. Det er få absolutte kontraindikasjoner for ketaminbehandling. Tilstander som generelt utelukker deltagelse for pasienter på vår poliklinikk, er psykoselidelser, alvorlige personlighetsforstyrrelser eller en særdeles ustabil livssituasjon. Dette er forhold som kan gi stort oppfølgingsbehov eller hyppige tilbakefall, og gi svakt utbytte av poliklinisk behandling. Psykose eller utagering under behandlingen er ekstremt sjeldent, og har ikke vist seg som aktuelle problemer i forskningslitteraturen (Veraart et al., 2021) eller i vår kliniske praksis. Et forløp starter med medisinsk utredning og to forberedende psykologtimer. Deretter følger fire behandlinger med ketaminassistert terapi, med påfølgende konsultasjoner. Tre uker etter endt behandling møter pasienten opp til oppfølgingstime, hvor vi diskuterer effekten av terapien og behandlingsforløpet i sin helhet.

Hver ketaminbehandling er unik, selv for hver enkelt pasient. Vi erfarer at de fleste opplever behandlingene som avslappende og behagelige, mens noen få opplever forbigående ubehag. Ubehaget kan oppstå sammen med tanker om tidligere traumer eller smertefulle relasjoner. Noen har svært abstrakte opplevelser, mens andre har klarere forestillinger. Pasienter kan oppleve at de kan interagere i eller med forestilte situasjoner og personer. Det er vanlig å se ulike mønstre og farger, som i et kaleidoskop. Opplevelsen er mer som en bevisst, drømmeaktig tilstand enn som hallusinasjoner. Pasienten vet at inntrykkene foregår i eget sinn og ikke i virkeligheten utenfor. Når pasienter gjenopplever et traume, er det med en avstand som gjør det lettere å bearbeide den traumatiske hendelsen.

PSYKOLOGENS ROLLE

Rollen som behandler er mer lik den tradisjonelle psykoterapeuten enn den er ulik. Oppdraget til behandleren er å skape trygghet, slik at pasienten selv får kontakt med undertrykte følelser, tidligere traumer, destruktive strategier eller selvforakt. Å hente frem følelser i terapirommet er viktig for å skape varig endring. Vår erfaring er at ketamin fremmer denne prosessen, noe som fordrer at behandlere er komfortable med å takle forbigående forvirring, frykt, sorg og andre sterke følelser som kan oppstå under eller etter behandling. En av de klare fordelene, særlig for pasientene med alvorlig



**Ketamin underbygger
terapiprosessen og kan
bidra til langvarig endring
i rigide tankemønstre**



depresjon, er at de får erfaringer med å kjenne på positive følelser som egenkjærlighet, glede, tilhørighet, takknemlighet, lekenhet og aksept.

Kasus: Ola

Ola er førti år, bor alene og sliter med alvorlig tilbakevendende depresjon. Han har tidligere forsøkt tre forløp med samtaleterapi og tre ulike antidepressiva. Han har fått tilbud om elektroshokkbehandling, men ønsket å undersøke andre alternativer. Fra fastlegen har han et skriv som bekrefter diagnosen, tidligere behandlingsforløp og legens vurderinger om behandling. Ola har vært sykemeldt de siste to månedene og føler alt har stoppet opp. Store deler av dagen blir tilbrakt i sengen for å hvile, og ellers har han et svært lavt energinivå. Han har store problemer med innsovning, mareritt og stadige oppvåkninger i løpet av natten. En følelse av kronisk stress og spenninger i kroppen følger han gjennom dagen, og tankene handler om at noe galt kommer til å skje, og at han er hjelpeløs. Alkohol hjelper på humøret, men han ser at alkohol på lang sikt kan opprettholde problemene. Samtidig føler Ola at han har «prøvd alt» og begynner å kjenne på en sterk håpløshet og tanker om å ta sitt eget liv. Oppveksten blir beskrevet som å ha vært preget av foreldre med en kritisk og kald oppdragelsesstil med lite fokus på følelser, og fravær av varme og fysisk omsorg. Mange av tankene Ola har om seg selv, er kritiske og klandrende, og han bærer på skam og selvforakt for at han ikke er i stand til å bli bedre. Han synes det er vanskelig å danne og opprettholde nære relasjoner. De siste ti årene har kontakten med familie og venner blitt stadig mindre. Ola ønsker en tilværelse uten kronisk nedstemthet, mer overskudd og glede i hverdagen, og andre måter å håndtere egne problemer på enn bruk av alkohol.

Utredning og vurderingssamtale

Ola møter til første vurderingssamtale med legen, og det gjennomføres en utredning med klinisk intervju og selvrapporteringsskjemaer (f.eks. PHQ-9, CORE-OM, AAQ-II, KSET, C-SSRS, AUDIT) tilpasset tilstandsbildet. Deretter får Ola en psykolog på klinikken som følger ham hele forløpet.

To timer forberedelse

Neste dag møtes Ola og psykolog for en samtale med mål om å skape en trygg relasjon og



De får erfaringer med å kjenne på positive følelser som egenkjærlighet

felles forståelse om plagene. I ACT er fokuset i første samtale å skape tillit og trygghet, belyse strategier (unngåelse, isolasjon og rus, etc.) og deretter bevisstgjøring om verdier som er viktige for pasienten og livet han ønsker å leve. Her egner seg typisk en dialog om de tre grunnpillarene i psykologisk fleksibilitet (åpenhet, tilstedeværelse og forpliktende handling). Dette knyttes til mekanismene ved ketamin og psykodeliske opplevelser (økt åpenhet, «terapeutisk vindu av plastisitet»). Det legges en konkret plan for pasientens aktivitet gjennom behandlingsforløpet.

I neste samtale er fokus konkret forberedelse til ketaminbehandlingen. Alle detaljer blir gjennomgått, og Ola får prøve lenestolen med øyemaske, hodetelefoner og et pledd. Bivirkninger og rutiner for håndtering av stress eller forbigående angst blir diskutert.

Som om tid og sted blir borte

Det er satt av to timer til den første ketaminbehandlingen. Timen begynner med en pusteøvelse, og deretter går behandler gjennom hjemmeoppgaver som er i tråd med pasientens mål og verdier og behandlingsplanen. Behandler gir en guidet meditasjon som forbereder pasienten på opplevelsen av endret bevissthet. Sykepleier setter ketamin intramuskulært, og effekten kommer gradvis i løpet av fem minutter. Ola ligger rundt 50 minutter før han tar av seg hodetelefonene og øyemasken.

Ola fremstår rolig, og behandleren innleder en samtale om opplevelsen. «Nå forstår jeg hvorfor mange forteller at det er så vanskelig å sette ord på opplevelsen», sier Ola. Han forteller at det var litt skummelt da han først merket effekten, men at det ikke tok lang tid før han slapp taket og ga seg hen til opplevelsen. «Det er som om tid og sted blir borte, og alt av distraksjoner og masete tanker går i oppløsning», fortsetter Ola. Mye av den første delen av opplevelsen var

veldig abstrakt, og det var for det meste ulike farger og et diffust mørke som var til stede. Etter hvert fikk han følelsen av å flyte opp til verdensrommet og møte hva han forstod som evigheten. En kiste dukket opp i det fjerne, og Ola nærmet seg for å undersøke hva som var i kisten. Idet han kom bort til kisten, åpnet den seg, og i det ene hjørnet kunne han se seg selv som barn ligge sammenkrøpet. Ola rakte ut en hånd til det triste barnet, og i øyeblikket han nærmet seg, endret han plutselig perspektiv og tok bolig i barnet. Han kunne ta imot omsorgen og kjærligheten han ga seg selv, og kunne kjenne på dyp tristhet og omsorg. Begge utgavene av han selv smeltet sammen, og han opplevde en sterk tilstedeværelse i øyeblikket som han aldri har kjent før. Senere kunne han se livet sitt som en tidslinje, med alle viktige personer, hendelser og følelser. Han følte at det nye perspektivet gav innsikt i hvordan hans tankemønstre og atferd hadde oppstått. Ola kjente han kunne omfavne hele tidslinjen, og akseptere at livet hadde blitt som det var.

Etter fire ketaminbehandlinger forteller Ola at han for første gang på lenge har hatt en hel natt med søvn uten mareritt og oppvåkninger. Negative tanker er fortsatt til stede, men han opplever at det er større distanse til tankene. Han ser en mulighet for at ting kan bli bedre. Gjennom opplevelsen av å gi seg selv omsorg og innse at han fortjener kjærlighet og støtte, var det som om noe åpnet seg i ham. Omfavnelsen av historien og innsikt i hvordan relasjoner og hendelser har satt sitt preg, gav mulighet til å slippe den tyngende skyldfølelsen og ikke føle seg bundet av tidligere selvbilde. Vi diskuterer hvordan Ola skal få etablert nye rutiner (fysisk aktivitet, ivaretakelse av sosialt nettverk, døgnrytme, alternativ til destruktive mestringsstrategier og plan for tilbakefall) som sørger for at de positive endringene han har opplevd, vedvarer.

Ola opplever at selvmordstanker og negative følelser avtar gjennom behandlingsforløpet, noe som reflekteres i selvrapportskjemaene. Tilbakemelding fra venner og familie er at han virker lettere i humøret, og at han er mer til stede. Samtaler med venner er nå til hjelp, selv om det er uvant å åpne seg og være sårbar. Behovet for å døyve emosjonell smerte er mindre, og alkoholkonsumet er redusert. Ved tre ukers oppfølging forteller Ola at tankekjøret er langt mindre plagsomt, men at følelser

som sorg, frustrasjon og sinne oftere kommer til overflaten. Han opplever økt energi, nysgjerrighet, motivasjon og glede, og kjenner seg i bedre stand til å håndtere følelser. Det blir avtalt at Ola skal ha videre oppfølging hos en psykolog som er kjent med ketaminbehandling, og som har erfaring med å jobbe med alkoholavhengighet. Ola kan ta kontakt med klinikken ved behov, og epikrise sendes fastlegen.

KETAMINASSISTERT TERAPI I FREMTIDEN

Det er viktig at vi benytter de behandlingsalternativene som finnes for pasienter som ikke har effekt av vanlige former for psykisk helsehjelp, og ketaminassistert psykoterapi er en trygg og effektiv behandling for klienter med flere behandlingsforsøk bak seg (Dore et al., 2019).

I 2020 bidro en av forfatterne, Stewart, med å etablere den første dedikerte ketaminenheten på et offentlig sykehus i Skandinavia ved Sykehuset Østfold. Etter det vi kjenner til, tilbys det nå behandling ved DPS Moss, DPS Sanderud, DPS Hamar, Stavanger universitetssjukehus, og hos fem private klinikker i Oslo, Bergen og Haugesund. Våren 2023 blir behandlingen også tilgjengelig i Trondheim. Interessen er raskt voksende. Resultater fra pågående forskning vil nok gjøre det lettere å få støtte til behandling fra forsikringsselskaper og skape insentiver for implementering i større deler av det offentlige helsevesenet, slik at ventetid på behandling i det offentlige reduseres. Flere studier er planlagt for å undersøke effekten (Ragnhildstveit et al., 2022).

Det er mange ubesvarte spørsmål når det gjelder optimal ketaminbehandling for både depresjon og andre psykiske lidelser – hva angår dosering, frekvens, typer psykoterapi og langtidsvirkninger. Vår kliniske erfaring tilsier at det er stor variasjon i hva som skal til av dosering og antall behandlinger for å oppnå gunstig virkning. Motivasjon for endring og dyp gjensidig tillit mellom behandler og pasient er en sentral forutsetning. Vi erfarer at de fleste pasientene opplever en betydelig økt kapasitet til å utføre praktiske gjøremål (gå i butikken, husarbeid, etc.), til selvvaretakelse (trening, endring av kosthold, bedret søvn) og arbeidsevne, samt symptomreduksjon. Men oppfølging over tid og endringer i rutiner, relasjoner og aktiviteter er sentralt for å oppnå langvarig utbytte av behandlingen. Det er omtrent 30 % av pasientene som

ikke responderer på behandlingen. Forskningen gir ingen tydelige svar her. Vi erfarer at noen pasienter kjenner behandlingene som avslappende og behagelige, uten at den ledsages av en opplevelse av at hverdagen blir lettere. Andre kan oppleve en tydelig forbedring etter behandling, men få tilbakefall innen en måned og kreve vedlikeholdsbehandling. Når det gjelder andre lidelser enn depresjon, har vi nylig implementert KARE (Ketamine for

Reduction of Alcoholic Relapse) som en del av vårt behandlingstilbud. En nylig fase II-studie (Grabski et al., 2022) viste en vesentlig økning i antall dager avholdenhet fra alkoholbruk (ved seks måneders oppfølging) etter tre ketamin-økter kombinert med mindfulness-basert behandling. Deltagere som fikk ketaminbehandling hadde også mye større sannsynlighet for å være avholdende enn kontroll (Grabski et al., 2022). ✘

REFERANSER

- Andersen, K. A. A., Carhart-Harris, R., Nutt, D. J., & Erritzoe, D. (2021) Therapeutic effects of classic serotonergic psychedelics: A systematic review of modern-era clinical studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(2): 101-118. <https://doi.org/10.1111/acps.13249>
- Berman, R.M., Cappiello, A., Anand, A., Oren, D. A., Heninger, G. R., Charney, D. S. & Krystal, J.H. (2000). Antidepressant effects of ketamine in depressed patients. *Biological Psychiatry*. 47(4), 351-354. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00230-9](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00230-9)
- Corsen, G. & Domino, E. F. (1966). Dissociative Anesthesia: Further pharmacologic studies and first clinical experience with the phencyclidine derivative cl-581. *Anesthesia & Analgesia*. 45(1), 29-40. <https://doi.org/10.1213/00000539-196601000-00007>
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C. H., Cipriani, A. & Furukawa, T. A. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*, 19(1), 92-107. <https://doi.org/10.1002/wps.20701>
- Davis, A. K., Barrett, F. S., May, D. G., Cosimano, M. P., Sepeda, N. D., Johnson, M. W., Finan, P. H. & Griffiths, R. R. (2021). Effects of Psilocybin-Assisted Therapy on Major Depressive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 78(5), 481-489. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3285>
- Dore, J., Turnipseed, B., Dwyer, S., Turnipseed, A., Andries, J., Ascani, G., Monnette, C., Huidekoper, A., Strauss, N. & Wolfson, P. (2019). Ketamine assisted psychotherapy (Kap): Patient demographics, clinical data and outcomes in three large practices administering ketamine with psychotherapy. *Journal of Psychoactive Drugs*, 51(2), 189-198. <https://doi.org/10.1080/02791072.2019.1587556>
- Duman, R. S., Aghajanian, G. K., Sanacora, G. & Krystal, J. H. (2016). Synaptic plasticity and depression: new insights from stress and rapid-acting antidepressants. *Nature Medicine*, 22(3), 238-249. <https://doi.org/10.1038/nm.4050>
- Grøholt, E., Böhler, L., & Hånes, H. (2018). Folkehelse rapporten – helsetilstanden i Norge i 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet.

- Grabski, M., McAndrew, A., Lawn, W., Marsh, B., Raymen, L., Stevens, T., Hardy, L., Warren, F., Bloomfield, M., Borissova, A., Maschauer, E., Broomby, R., Price, R., Coathup, R., Gilhooly, D., Palmer, E., Gordon-Williams, R., Hill, R., Harris, J., ... Morgan, C. J. A. (2022). Adjunctive ketamine with relapse prevention-based psychological therapy in the treatment of alcohol use disorder. *American Journal of Psychiatry*, *179*(2), 152–162. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.21030277>
- Greenway, K. T., Gare, N., Jerome, L., & Feduccia, A. A. (2020). Integrating psychotherapy and psychopharmacology: Psychedelic-assisted psychotherapy and other combined treatments. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, *13*(6), 655–670. <https://doi.org/10.1080/17512433.2020.1772054>
- Guss, J., Krause, R., & Slosower, J. (2020). *The Yale Manual for Psilocybin-Assisted Therapy of Depression (using Acceptance and Commitment Therapy as a Therapeutic Frame)*. PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/uv6v9y>
- Insera, A., De Gregorio, D. & Gobbi, G. (2021). Psychedelics in psychiatry: neuroplastic, immunomodulatory, and neurotransmitter mechanisms. *Pharmacological Reviews*, *73*(1), 202–277. <https://doi.org/10.1124/pharmrev.120.000056>
- Kohtala, S. (2021). Ketamine-50 years in use: From anesthesia to rapid antidepressant effects and neurobiological mechanisms. *Pharmacological Reports*, *73*(2), 323–345. <https://doi.org/10.1007/s43440-021-00232-4>
- Krupitsky, E. M. & Grinenko, A. Y. (1997). Ketamine psychedelic therapy (Kpt): A review of the results of ten years of research. *Journal of Psychoactive Drugs*, *29*(2), 165–183. <https://doi.org/10.1080/02791072.1997.10400185>
- Kvam, T. M., Stewart, L. H., Blomkvist, A. W. & Andreassen, O. A. (2021). Ketamin ved depresjon-evidens og forslag til praksis. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. <https://doi.org/10.4045/tidskr.21.0480>
- Mathai, D. S., Mora, V. & Garcia-Romeu, A. (2022). Toward Synergies of Ketamine and Psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, *13*, 868103. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.868103>
- Mathew, S. J. & Price R. B. (2020). Ketamine plus motivational enhancement therapy: Leveraging a rapid effect to promote enduring change. *American Journal of Psychiatry*, *177*(2), 107–109. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19121242>
- McInnes, L. A., Qian, J. J., Gargeya, R. S., DeBattista, C. & Heifets, B. D. (2022). A retrospective analysis of ketamine intravenous therapy for depression in real-world care settings. *Journal of Affective Disorders*, *301*, 486–495. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.097>
- Niciu, M. J., Shovestul, B. J., Jaso, B. A., Farmer, C., Luckenbaugh, D. A., Brutsche, N. E., Park, L. T., Ballard, E. D. & Zarate, C. A. (2018). Features of dissociation differentially predict antidepressant response to ketamine in treatment-resistant depression. *Journal of Affective Disorders*, *232*, 310–315. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.049>
- Pennybaker, S. J., Niciu, M. J., Luckenbaugh, D. A. & Zarate, C. A. (2017). Symptomatology and predictors of antidepressant efficacy in extended responders to a single ketamine infusion. *Journal of Affective Disorders*, *208*, 560–566. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.026>
- Ragnhildstveit, A., Slayton, M., Jackson, L. K., Brendle, M., Ahuja, S., Holle, W., Moore, C., Solars, K., Seli, P. & Robison, R. (2022). Ketamine as a Novel Psychopharmacotherapy for Eating Disorders: Evidence and Future Directions. *Brain Sciences*, *12*(3), 382. <https://doi.org/10.3390/brainsci12030382>
- Van Bronswijk, S., Moopen, N., Beijers, L., Ruhe, H. & Peeters, F. (2019). Effectiveness of psychotherapy for treatment-resistant depression: A meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, *49*(3), 366–379. <https://doi.org/10.1017/S003329171800199X>
- Veraart, J. K. E., Smith-Apeldoorn, S. Y., Spijker, J., Kamphuis, J., & Schoevers, R. A. (2021). Ketamine treatment for depression in patients with a history of psychosis or current psychotic symptoms: A systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *82*(4). <https://doi.org/10.4088/JCP.20r13459>
- Walsh, Z., Mollaahmetoglu, O. M., Rootman, J., Golsof, S., Keeler, J., Marsh, B., Nutt, D. J. & Morgan, C. J. A. (2022). Ketamine for the treatment of mental health and substance use disorders: Comprehensive systematic review – CORRIGENDUM. *BJPsych Open*, *8*(1), e29. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.5>
- Wilkinson, S. T., Rhee, T. G., Joormann, J., Webler, R., Ortiz Lopez, M., Kitay, B., Fasula, M., Elder, C., Fenton, L. & Sanacora, G. (2021). Cognitive behavioral therapy to sustain the antidepressant effects of ketamine in treatment-resistant depression: a randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *90*(5), 318–327. <https://doi.org/10.1159/000517074>

Seksuelle grensekrenkelser i behandlingsrelasjoner

Fagfeltet kan gjøre mye for å forebygge destruktive pasientrelasjoner og bedre rehabiliteringstiltak for behandlerne.

TEKST Mette Ekenes
Garmannslund, Helse
Bergen - RVTS Vest
Karsten Hytten,
avtalespesialist i
psykiatri

KONTAKT
mette.ekenes.
garmannslund@
helse-bergen.no

Etter en omfattende artikkelserie i VG i 2020–21 om overgrep mot pasienter begått av helsepersonell, nedsatte helseministeren Pasientovergrepsutvalget, der artikkelforfatterne var medlemmer fra Psykolog- og Legeforeningen. Utvalget leverte rapport i april 22 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). I dette essayet tar vi utgangspunkt i utvalgsarbeidet. Vi vil hovedsakelig drøfte fenomenene grenseoverskridelser og overgrep i behandlingsrelasjoner generelt, og presentere funn fra saker der leger og psykologer har tapt autorisasjonen i perioden 2010 til 2020. Til slutt vil vi komme med innspill til mulige rehabiliterende tiltak. Vi er godt kjent med debatten som pågår rundt grenseoppganger mellom behandleres yrkesutøvelse og privatliv, men tar ikke mål av oss å belyse det her.

Relasjonen mellom behandler og pasient er et asymmetriske maktforhold, der behandleren sitter med kunnskap, erfaring og definisjonsmakt som pasienten ikke har. Asymmetrien gjør pasienten avhengig av behandlerens forpliktelse og evne til å sette pasientens behov i fokus, og sikre at behandlingsrelasjonen er trygg og virksom. Behandlerens makt gir mulighet til å hjelpe, men gir også risiko for å krenke og utnytte. Grenser og behandlingsrammer overskrides på ulikt vis og med ulike konsekvenser for pasienten. Ytterpunktet er seksuell utnyttelse og misbruk med regelrette overgrep, slik Varhaug-saken illustrerer. Pro-

fesjonelle grenser kan i denne sammenhengen defineres som skillet mellom passende og upassende profesjonell atferd mellom en behandler og en pasient (Hemphill et al., 2021). Vi bruker begrepet grensekrenkelser som samlende begrep for rollesammenblanding, grenseoverskridelser og overgrep.

Seksuell krenkelse og utnyttning av pasienter forekommer i alle deler av helsetjenesten. Jo lenger en beveger seg i retning fra mildere rollesammenblanding til overgrep, jo mer er det behandlerens behov, ønsker og begjær som står i sentrum, mens pasientens behandlingsbehov tapes av syne og pasienten utnyttes og mulig skades.

BEVISST MANIPULASJON

Når en leser eller hører om alvorlige grensekrenkelser, kan det være vanskelig å forstå at behandleren har gjort det som blir avdekket, og at pasienten har forblitt i en overgriperes makt så lenge. En forklaring kan være manipulasjon fra behandlerens side. Nordhelle (2017) definerer manipulasjon som «en bevisst falsk/usaklig presentasjon, som på en skjult måte og med hensikt, får andre til å gjøre noe fordelaktig for manipulator, som de ikke er klar over at de ellers ikke ville gjøre» (s. 24).

Sentralt i manipuleringsprosessen er at behandler handler strategisk for å få gjennom egen vilje overfor pasienten, slik at pasienten

blir lurt til å gi det behandleren ønsker å oppnå. Gjennom en slik prosess, ofte omtalt som grooming når det gjelder seksuelle grensekrenkelser, kan pasienten oppleve å ha spilt en aktiv rolle i krenkelser som hen er helt uten ansvar for. En slik opplevelse av medvirkning gjør det vanskelig for pasienten og utenforstående å legge ansvaret på behandleren alene.

Manipulasjon kan utvikle seg gradvis over en kortere eller lengre tidsperiode, og bevege seg fra nærmest umerkelige og upåfallende hendelser til stadig større grensekrenkelser (Courtois & Alpert, 2021). Den manipulerende behandleren vil spille på pasientens behov og ønsker, si det som pasienten trenger å høre, og understreke pasientens verdi og spesielle viktighet. Behandleren kan også manipulere ved å innta en offerrolle og tillegge pasienten ansvar for grensekrenkelsene som er begått. Hemmelighold gjør at pasienten ikke får korrigerende perspektiver på det som skjer i behandlingsrommet, og manipulasjonen kan fortsette.

Mange pasienter opplever stor forvirring når manipulering skjer. De kan beskrive det som at forståelsen av hvem de var, hva de opplevde, mente og ønsket ble «tatt over», utfordret og underkjent, på en slik måte at de ikke lenger kjente seg selv eller hadde kontroll over valg og handlinger (Courtois & Alpert, 2021). De kunne da paradoksalt vende seg mot den samme behandleren som utnyttet dem, og utvikle en sterk avhengighet med et intenst ønske om kontakt, anerkjennelse og forståelse.

Selv om pasienten etter hvert kan bli klar over manipulasjonen, vil det være vanskelig å beskrive og avsløre den overfor andre. Ofte forblir krenkelsene skjult på grunn av skam, forvirring og frykt for å ikke bli trodd, bli dømt eller møtt med andre negative konsekvenser. Behandleren kan være en anerkjent og troverdig fagperson med solid kollegial støtte og definisjonsmakt (Gabbard, 2016). Dersom pasienten er i et parforhold, kan hendelser mellom behandler og pasient feilaktig forstås som utroskap heller enn overgrep, og få store konsekvenser for pasientens relasjoner og familieliv. Noen ganger kan pasienten også ha deltatt i handlinger som klart avviker fra egne normer, noe som kan utløse ytterligere skam og gjøre erkjennelsen av hva som har skjedd enda vanskeligere. Samlet sett kan risiko, belastning og omkostninger bli så store at det kjennes umulig for pasienten å varsle. Dette kan forklare hvorfor pasienter kan velge å stå alene i slike vonde hemmeligheter i lang tid. I utvalgets møte med Varhaugs ofre, ble ovennevnte prosesser presist beskrevet.

UBEVISSTE SAMSPILL

Grensekrenkelser kan også ha årsak i ulike grader av ubevisste samspill. Det er en forenklet tilnærming å se på grensekrenkelser som et fenomen som kun involverer en håndfull behandlere med dårlige holdninger og slett moral. Flere fagpersoner har advart mot en slik reduksjonistisk holdning (Gabbard, 2017; Plakun, 1999; Celenza, 2007). Med en slik forståelse er utfordringen bare å identifisere de krenkende behandlerne og fjerne dem fra pasientbehandling. Det er selvsagt viktig, men det er mer realistisk og konstruktivt å tenke at risikoen for å overskride og krenke grenser er en yrkesrisiko i hjelpeyrkene.

Det er særlig fra psykoteraipfeltet man finner begreper som kan gi hjelp til å forstå grensekrenkende relasjoners destruktive utvikling. Psykoterapi foregår i lukkede rom, det arbeides med kompliserte følelser



Den manipulerende behandleren vil spille på pasientens behov og ønsker





Sannsynligheten for krenkelser øker når behandlingsrammer og grenser blir uklare, mykes opp eller sees bort ifra

og tilknytningsforhold, og etablering av tillit og trygghet er avgjørende for god behandling. I psykoterapi oppstår følelser mellom pasient og behandler, og arbeid med disse følelsene er i enkelte behandlingsformer et sentralt fokus. Behandlere som er blinde for overførings-/motoverføringsfenomener kan stå i fare for å utnytte pasientens tillit og forventninger – ofte godt hjulpet av profesjonens definisjonsmakt. Initiativet til å overskride grenser kan komme fra både behandler og pasient. Uansett er det behandlerens plikt å holde rammene. Sannsynligheten for krenkelser øker når behandlingsrammer og grenser blir uklare, mykes opp eller sees bort ifra. Evang (2023) og Gabbard (2016) gir gode beskrivelser av hvordan følelser mellom behandlere og pasienter kan forstås og håndteres innenfor rammene av psykoterapi.

BEHANDLERE SOM BEGÅR GRENSEKRENKELSER

Hemphill et al. (2021) oppsummerer foreløpig kunnskap om individuelle kjennetegn ved behandlere som begår grensekrenkelser. Behandleren er ofte en mann sent i yrkeskarrieren. Videre ser man andre kjennetegn, som behandlernes vanskelige livserfaringer, belastninger i privatliv eller arbeidsliv, manglende rolleforståelse, strev med å regulere seg selv og rette opp risikoatferd, og lite deltakelse i profesjonell videreutvikling og veiledning.

I sjeldne tilfeller kan behandlere være alvorlig psykisk syke og ha et svært uklart forhold til realitetene, inklusiv profesjonelle grenser og behandlingsrammer. Noen kan ha personlighetsproblematikk som kan kaste lys over hensynsløs bruk av makt. Dette er imidlertid ikke beskrivende for de fleste som begår grenseoverskridelser (Gabbard, 2017). Noen behandlere blir forelsket i pasienten og kjenner sterkt behov for selv å bli bekreftet, elsket og idealisert. Gabbard (2017) antyder at så mange som 65 % av terapeuter som har inngått i seksuelle forhold med pasienter, beskriver seg selv som forelsket i pasienten.

Endelig kan en se behandlere som gir etter for pasientens lengsel og nærmest ser på privatisering og seksualisering av relasjonen som et profesjonelt offer gjort i beste hensikt. Ordtaket «Veien til helvete er brolagt med gode intensjoner» kan være beskrivende for en slik prosess, som ofte skjer gradvis og subtilt, og der hvert skritt blir rasjonalisert som riktig og god behandling.

Selv om de fleste terapeuter på et eller annet tidspunkt i sin karriere vil ha kjent på slike følelser (Celenza, 1998, Haavind & Hvistendal, 1992) er det likevel grunn til å tro at de fleste terapeuter evner å motstå fristelsen til å handle på seksuell tiltrekning til pasienter.

PASIENTER SOM BLIR UTSATT

Litteraturen har også fokusert på kjennetegn ved pasienter som utsettes for grensekrenkelser, og pasientens bidrag i prosessen (Gabbard, 2017; Sundt Gundersen, 2007). I rusbehandling og psykisk helsevern kan pasienters sårbarhet være ekstra stor, og i helse- og omsorgstjenester kan pasienter med varig nedsatt fungering være sårbare for utnyttelse, og ha vansker med å ivareta grenser og varsle om krenkelser. Som Sundt Gundersen ser vi at fokus på pasienters bidrag kan oppfattes som ansvarsfraskrivelse og en avsporing. Det er ikke tvil om at pasienter har blitt tillagt ansvar for behandleres ugjerninger, at grensekrenkelser har blitt tildekket, og at negative konsekvenser har blitt oversett, tiet i hjel eller bagatellisert. Vi tenker likevel at visse kjennetegn ved pasienter kan

forsterke maktubalansen mellom behandler og pasient, og være ekstra skjerpene for det ansvaret behandleren har.

OMFANG I PERIODEN 2010–2020

I perioden 2010–2020 gjennomførte Statens helsetilsyn vedtak i 300 saker med seksuelle relasjoner og øvrig rollesammenblanding hos helse- og sosialarbeidere med offentlig autorisasjon. 181 saker gjaldt seksuelle relasjoner. Tilbakekall av autorisasjon ble vedtatt i 116 av sakene. 50 av sakene dreide seg om leger og psykologer (10 psykologer, 40 leger). Spesialister i psykiatri (11) og allmenntilleggsmedisin (11) var overrepresentert blant legene i utvalget. Det fremkom ikke om de ti psykologene var psykologspesialister. Det vanligste utgangspunktet for sakene var at pasient eller pasientrepresentant kontaktet statsforvalter, og varsel fra påtalemyndighet, arbeidsgiver eller annet helsepersonell. I 21 av sakene kom det frem i tilbakekallsvedtakene at også politi- og påtalemyndighet var involvert. I ni saker ble helsepersonellet dømt for overtreddelser av straffeloven.

Helsetilsynets vedtak var påfallende like, selv om det var stor variasjon i hvor alvorlige sakene var. Vi mener at følgende faktorer må tas i betraktning for å kunne vurdere alvorlighetsgrad og passende reaksjon fra tilsynsmyndighetene:

- kjennetegn ved behandlingsrelasjonen
- handlingenes art, grad av gjensidighet og samtykke i relasjonen
- om handlingene er overtreddelser av straffebestemmelser
- om handlingen har konsekvenser for befolkningens tillit til tjenestene
- risiko for gjentakelse og befolkningens behov for beskyttelse mot helsepersonellet

For å illustrere spennet i sakene presenterer vi tre eksempler. Den alvorligste saken er offentlig tilgjengelig på bakgrunn av dommen psykiateren fikk. De to andre er konstruerte eksempler med elementer som er kjent fra de undersøkte sakene.

Eksempel 1. En nyutdannet kvinnelig lege ansatt i kommunen får i oppgave å hjelpe en ung mann i krise. Etter den tredje samtalen gir klienten uttrykk for sterke følelser for legen, og de blir sammen enige om å avslutte den påbegynte behandlingen. Etter noen uker tar pasi-

enten kontakt med legen og de innleder et forhold. Før dette søker legen veiledning og råd.

Kommentar: I dette tilfellet innledes et kjærlighetsforhold uten noen form for tvang, med en begrenset og noe overflatisk profesjonell kontakt som gjør det sannsynlig at forholdet like gjerne kunne oppstått dersom partene møttes i en annen kontekst. Legens handlinger vurderes ikke å være til skade for pasienten, befolkningens tillit til helsepersonell forventes ikke å bli negativt påvirket, og det vurderes ikke å foreligge risiko for gjentakelse eller beskyttelsesbehov for befolkningen ellers.

Eksempel 2. En mannlig psykolog behandler en kvinnelig pasient med personlighetsmessige utfordringer. Etter ett års terapi gir pasienten uttrykk for sterke følelser for psykologen og eksplisitt uttrykk for ønske om fysisk nærhet. Behandleren er også tiltrukket av pasienten og etterkommer ønsket ved å avslutte hver time med en omfavning. Den fysiske kontakten utvikler seg ytterligere i løpet av få uker, til at de i løpet av en måned har ukentlige samleier på psykologens kontor. Psykologen kontakter en kollega for å søke råd, og behandlingen blir avsluttet. Saken blir meldt både til overordnet leder og til tilsynsmyndigheten, og psykologen mister autorisasjonen.

Kommentar: I dette tilfellet utviklet det seg gjensidig varme følelser mellom pasient og terapeut. Følelsene oppsto i en profesjonell behandlingskontakt som gjør at de ikke nødvendigvis ville oppstått i en annen kontekst, men i stor grad kan forklares av behandlingsprosesser og det asymmetriske maktforholdet mellom partene. Parforhold kan innledes tilsynelatende på likefot, men senere kan pasienten oppleve å ha vært utsatt for bevisst eller ubevisst maktmisbruk fra behandlerens side. Behandleren vil ha sviktet sitt ansvar for å forstå og håndtere romantiske følelser innenfor faglige rammer. Befolkningens tillit til helse-tjenesten vil kunne påvirkes negativt. Behandlerens handlinger er til skade for pasienten og behandlingen, og det kan foreligge risiko for at lignende kan skje i behandlerens kontakt med andre pasienter.

Eksempel 3. En mannlig psykiater behandler en kvinnelig pasient i tre år på en psykiatrisk poliklinikk. Pasienten forklarte at psykiateren i time to eller tre tok fram penis og forlangte at hun skulle suge den. Det skulle angivelig være en del av behandlingen med økning av endorfi-



ner hos pasienten. Ifølge pasienten hadde psykiateren og pasienten seksuell omgang i starten av hver time. Hun opplyste også at psykiateren en gang oppsøkte henne hjemme og hadde seksuell omgang på hennes soverom. I lagmannsretten ble psykiateren dømt til ubetinget fengsel i 18 måneder, fradømt retten til å praktisere som lege eller inneha stilling etter helsepersonelloven på ubestemt tid.

Kommentar: I denne saken dreier det seg om grovt seksuelt misbruk av en pasient. Misbruket blir av overgripende psykiater begrunnet faglig. Handlingene er svært skadelige og traumatiserende for pasienten og vurderes som klare overtredelser av straffelovens bestemmelser. Det foreligger stor fare for gjentakelse og befolkningen har et klart behov for beskyttelse.

Det var stor variasjon i alvorlighetsgraden i de 50 sakene, noe de aktuelle eksemplene illustrerer. Vi mener denne variasjonen burde gjenspeiles i tilsvarende variasjon i tilsynsmyndighetens reaksjon. I dag ville reaksjonen for alle de tre eksemplene være autorisasjonstap med mulighet til å senere søke ny autorisasjon. For de (få) mildeste tilfellene mente utvalget at andre sanksjoner enn autorisasjonstap kan være passende. For de alvorligste tilfellene foreslo utvalget at sanksjonen burde være permanent autorisasjonstap, en mulighet tilsynsmyndigheten så langt ikke har.

KOLLEGERS ROLLE OG MELDEPLIKT

Det er mye som taler for at kollegial støtte, veiledning og korrigerende er viktig for å forhindre grenseoverskridelser og overgrep i terapi. Både etiske retningslinjer og helsepersonelloven med varslingsplikt kan hjelpe til her.

Etiske regler for leger kap II, § 2 (Den norske legeforening, 2021) angir at:

Dersom en lege oppdager tegn til faglig eller etisk svikt hos en kollega eller medarbeider, bør han/hun først ta det direkte opp med vedkommende. Formen bør være varsom, spesielt overfor studenter og leger under utdanning. Hvis dette ikke fører frem, bør legen ta saken opp enten med administrativ overordnet, Dnlf's organer eller vedkommende helsemyndighet.

Etiske prinsipper for nordiske psykologer (Norsk psykologforening, 1998) sier at

«En psykolog som blir kjent med at en kollega har problemer med å håndtere et fagetisk spørsmål, tilbyr seg å være til hjelp og støtte i den etiske refleksjonen og beslutningsprosessen». Det står videre at «En psykolog som blir kjent med at en kollega gjør alvorlige avvik fra de fagetiske prinsippene er forpliktet til å gjøre den nasjonale psykologforeningen oppmerksom på dette».

I Helsepersonellovens § 17 står det at: «Helsepersonell skal av eget tiltak gi helsemyndigheten informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters eller brukeres sikkerhet. Det skal ikke gis informasjon om taushetsbelagte opplysninger.»

Det å ta opp malpraksis med en kollega kan være krevende og ubehagelig. Det er viktig at dette gjøres så skånsomt og respektfullt som mulig. Vi tror at kollegiale miljøer som preges av åpenhet og tillit, bidrar til god praksis. Samtidig kan muligheten for grensekrenkelser betraktes som en yrkesrisiko. Det å melde fra om en kollegas malpraksis til overordnet eller til tilsynsmyndighet er også krevende, men det er faktisk en plikt vi har som helsepersonell.

REHABILITERING

I dag hviler hovedansvaret for rehabiliteringsprosessen etter autorisasjonstap på behandleren som har begått grensekrenkelser. Det er et spørsmål om Statens helsetilsyn i større grad må involveres og ta regi. Utgangspunktet for rehabiliteringsprosessen bør være kunnskapsbaserte retningslinjer for kartlegging, oppfølging og evaluering, med mulig bruk av ekstern sakkyndig kompetanse. Det bør vurderes om fagforeningene kan ta et delansvar for veiledning og oppfølging av medlemmer. Foreningene vil også kunne bidra i utarbeidelse av nevnte retningslinjer.

Et sentralt moment i oppfølgingen er sikring av at veileder/behandler har tilstrekkelig kompetanse på feltet, er nøytral og habil og godt kjent med tilsynssaken. Oppfølgingen må ha som utgangspunkt at behandleren erkjenner å ha krenket grenser, makter å reflektere rundt det som har skjedd, og tar ansvar for at det ikke skal skje på nytt. I tilfeller der man vurderer at rehabiliteringsprosessen har skapt endring, kan det åpnes for en periode med begrenset autorisasjon. Til slutt kan det vurderes om behandleren kan få tilbake full

autorisasjon, og om det er behov for videre oppfølging parallelt.

Behandlere er sårbare når en tilsynssak er i gang. Tilsyn utsetter behandlere for stor påkjenning, og det vil være behov for å beskytte dem mot uriktige anklager og ivareta deres rettssikkerhet. Et avklaringsmøte i forbindelse med saksbehandling vil gi helsetilsynet mulighet til å avdekke eventuelt behov for hjelp. Når tilsynssaker blir offentlig kjent medfører det et stort fall i anseelse, og saken kan også få store konsekvenser for behandlerens økonomi, relasjoner og opplevelsen av verdi som menneske. Både Psykolog- og Legeforeningen tilbyr advokatbistand i tilsynssaker og har ordninger som i noen grad ivaretar medlemmene. Vi mener at det bør vurderes om autorisasjonstap skal utløse rutinemessig tilbud om oppfølging.

AVSLUTNING

Vi har ikke sikker informasjon om omfanget av grensekrenkelser og overgrep i helsetjenesten. Trolig er det betydelige mørketall der bare noen av de alvorligste sakene når tilsynsmyndigheten. Det er lenge siden det er gjort noen undersøkelser av forekomst av seksuelle grenseoverskridelser i Norge (Haavind & Hvistendal, 1992), noe vi mener det er behov for å gjøre på nytt. Dette vil ved siden av økt kunnskap også bidra til økt bevissthet om fenomenene.

Pasientovergrepsutvalget arbeidet med behov for endringer i lovgivning og retningslinjer, noe vi ikke har omtalt her. Vi ønsker å rette fokus mot den jobben fagfeltet selv har å gjøre for å forebygge destruktive pasientrelasjoner og bedre rehabiliteringstiltak for behandlere som har trådt feil. ✕



Tilsyn utsetter behandlere for stor påkjenning, og det vil være behov for å beskytte dem mot uriktige anklager

REFERANSER

- Celenza, A. (1998). Precursors to Therapist Sexual Misconduct. Preliminary Findings. *Psychoanalytic Psychology*, 15(3), 378-395. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.15.3.378>
- Celenza, A. (2007). Analytic love and power: Responsiveness and responsibility. *Psychoanalytic Inquiry*, 27(3), 287-301. <https://doi.org/10.1080/07351690701389478>
- Courtois, C. A. & Alpert, J. L. (2021). Mind F*ck. The grooming process in «professional incest». I A. Steinberg, J. L. Alpert & C. A. Courtois (Red.). *Sexual boundary violations in psychotherapy. Facing therapist indiscretions, transgressions, and misconduct*. American Psychological Organization. <https://doi.org/10.1037/0000247-014>
- Den norske legeforening. (2021). Ethiske regler for leger. Hentet fra: <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/>
- Evang, K.E. (2023, 6. januar). Et fortrolig rom. *Klasssekampen*.
- Gabbard G.O. (2016). *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis*. American Psychiatric Publishing.
- Gabbard, G.O. (2017). Sexual Boundary Violations in Psychoanalysis: A 30-year retrospective. *Psychoanalytic Psychology*, 34(2), 151-156. <https://doi.org/10.1037/pap0000079>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Rapport fra pasientovergrepsutvalget. Grensekrenkelser i helse- og omsorgstjenesten i perioden 2010–2020*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-fra-pasientovergrepsutvalget/id2911086/>
- Haavind, H. & Hvistendal, M. (1992). Erotisk og ikke-erotisk kroppskontakt og berøring mellom psykologer og deres klienter. Vedlegg til *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 29(11).
- Hemphill, P., Courtois, C. A., Gold, M. S., Polles, A. & Edwards, D. (2021). The treatment of therapists who sexually offend. I A. Steinberg, J. L. Alpert & C. A. Courtois CA (Red.), *Sexual boundary violations in psychotherapy: Facing therapist indiscretions, transgressions, and misconduct* (s. 365-384). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000247-020>
- Nordhelle, G. (2017). Manipulasjon-forståelse og håndtering. Gyldendal akademisk.
- Norsk psykologforening. (1998). Ethiske prinsipper for nordiske psykologer. Hentet fra: <https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>
- Plakun, E.M. (1999). Sexual misconduct and enactment. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8(4), 284-91.
- Sundt Gundersen, M. (2007). Det skal ikke hende. *Grenseoverskridelser og seksuelle overgrep i terapi*. Fagbokforlaget.

FOTO: PRIVAT



FRØDIS LILLEDALEN, psykologspesialist og ufør

MERKNAD Medlem i ME-foreningen, men skriver på vegne av seg selv

En behandlingsmodell som utfordrer fagetikken

Vagheten i begrepet «biopsykososial» har vært brukt til å støtte en hvilken som helst psykososial hypotese eller intervensjon. Det er etisk problematisk.

Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten at han holder noe av dets liv i sin hånd. Det kan være lite, en forbigående stemning, en opplagthet man får til å visne, eller som man vekker, en lidelse man fordyper eller lindrer. Men det kan også være mye, slik at det simpelthen står til den enkelte om den andres liv lykkes eller ikke (Løgstrup, 1999).

Da jeg studerte teologi, og siden på det psykologiske profesjonsstudiet, engasjerte profesjonsetikk meg. Som behandler, og godt behandlet, var profesjonsetikk noe jeg strebet etter, og noe jeg møtte. Da jeg fikk Myalgisk Encephalomyelitt (ME), høstet jeg nye og kontrære erfaringer. I studier av ME-syke finner forskere lav livskvalitet, kortere estimert levetid, høyt symptomtrykk og stor invaliditetsgrad. Ved første øyekast fremstår ME som en sykdom som fordrer medisinsk, psykologisk og sosial omsorg og behandling – med andre ord en sykdom som i henhold til min profesjon ville vært tjent med en biopsykososial modell (BPSM). Hvorfor har da så mange ME-pasienter et vanskelig forhold til BPSM?

Den biopsykososiale modellen (Falkum, 2008) ble lansert av indremedisineren Georg L. Engel på 1970-tallet. Modellen var en reaksjon mot en reduksjonistisk tankegang. BPSM skulle ivareta *hele* mennesket. Rhetorisk favner BPSM medisinske utfordringer, somatiske avvik, sosial kontekst og psykiske helseaspekt, og unngår det dikotomiske skillet mellom kropp og sjel. BPSM var ifølge Engel ikke ment å brukes som argument for spesifikke prediktive hypoteser eller forklaringer om kausalitet og forløp.

Den britiske forfatteren, redaktøren og psykologen David Marks retter kritikk mot den biopsykososiale modellen i sin artikkel «*The Rise and Fall of Psychosomatic Approach to MUS/ME/CFS*» (Marks, 2022). Her viser han hvordan implementering av BPSM i Storbritannia skulle brukes for å forhindre varig sykdom: Ved å unnlate å bruke insentiver som medisin, omsorg, hvile og «frihet fra plikter» skulle man utsette sykdomsutfordring. Samtidig skulle det oppfordres til helsebringende atferd gjennom positiv forsterkning og operant betingning ved bruk av sterke former for tilbakemeldinger i prosessen. Til grunn lå en idé om at ME/CFS og medisinsk uforklarte sykdommer (MUS) var konsekvenser av maladaptiv læring. Holdninger og metoder er gjenkjennelige i dagens tilnærminger til ME gjennom kognitiv atferdsterapi (CBT), gradert trening (GET) og Lightning process (LP).

Marks mener at BPSM ikke er en vitenskapelig modell, da den verken kan forklare eller forutse. Han hevder at hypoteser utledet fra BPSM fremstår



vitenskapelige selv om de mangler evidens og plausibilitet. Samt at vagheten i begrepet biopsykososial har vært brukt til å støtte en hvilken som helst psykososial hypotese eller intervensjon, uten at det har vært krav til diskusjon eller avklaring av hva begrepene rommer, utover påstander om at det er «interaksjoner mellom faktorene».

I boka *Etikk i profesjonell praksis* (Aadland, 2018) skriver Aadland at felles for profesjonsyrkene er «ein profesjonsetikk som skal *verne* den svake parten i profesjonelle relasjonar og sikre *tilliten* til profesjonen». Jeg vil gjennomgå fire punkter der jeg mener BPSM i møte med ME både utfordrer profesjonsetiske prinsipper og strider mot Engels opprinnelige intensjon.

1. Selektiv forvaltning og formidling av forskning. Ser man på forholdet mellom publikasjoner som fokuserer på BPS-hypoteser/-behandlinger, vs. biomedisinske studier på ME, er forholdet ca. 1:40 i perioden etter IOM-rapporten i 2015 (Committee on the Diagnostic Criteria for Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome, Board on the Health of Select Populations, & Institute of Medicine, 2015). Nyere studier finner somatisk patologi i flere kroppssystemer. Instansene som sitter med hovedansvaret for å spre kunnskap om sykdommen, som Folkehelseinstituttet (FHI) og Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME (NKT), velger imidlertid ofte bort formidling av biomedisinsk forskning, eller trivialisere dens praktiske verdi. Forskning som ikke »

”

Avslås tiltakene, risikerer man å holdes ansvarlig for uteblitt bedring og mulig bortfall av ytelser



Grunnlaget for allianse og tillit kompromitteres når forklaringsmodell og behandlingstiltak ikke skaper resonans eller bedring

formidles og benyttes, blir heller ikke relevant. Det blir vanskeligere for behandlere å holde seg oppdatert, og pasienter mister mulighet for utprøvende medisinske tiltak.

2. **Feiltolkning av biopsykososial modell.** BPSM brukt i møte med ME mislykkes i å inkorporere pasientenes narrativ og bør granskes for potensiell skade (Geraghty & Blease, 2019). Det har vært en tendens til å fokusere på hypoteser om pasientens atferd og personlighet framfor studier som viser objektiv målbar anstrengelsesutløst sykdomsforverring (PEM) og somatiske avvik. Nedvurderingen av den biomedisinske forskningen står i kontrast til ukritisk formidling av til dels kontroversiell forskning som kan tas til inntekt for CBT, GET og LP. Flere studier som vurderes som viktige i ME-behandlingen av FHI/NKT, er gradert til lav kvalitet av det engelske ekspertorganet NICE (NICE guideline, 2021). For noen ME-pasienter oppleves møte med BPSM som at man tilbys tiltak som pasientene/pårørende har erfart at forverrer sykdommen. Avslås tiltakene, risikerer man å holdes ansvarlig for uteblitt bedring og mulig bortfall av ytelse. Protester kan føre til redusert omsorg og helsehjelp, i verste fall bekymringsmeldinger til barnevernet.
3. **Stigmatisering.** Allianse er en viktig komponent for psykologisk og medisinsk hjelp. Grunnlaget for allianse og tillit kompromitteres når forklaringsmodell og behandlingstiltak ikke skaper resonans eller bedring. I prosjektsøknader, avisinnlegg, e-post og i sosiale medier fremstiller involverte fagfolk pasientene som antivitenskapelige, aggressive og farlige. Meg bekjent foreligger det ingen kjente dommer for vold eller trakassering, og tilsvarende trakasseringsanklager ble rettslig avvist i England. Omsorg og validering erstattes tidvis av skampåføring, «victim blaming» og hypoteser om sosial smitte. Stadige gjentakelser av slike påstander skaper en negativ stereotypi av ME-syke. Samfunnsforskerne Kielland og Grønningsæter viser hvordan Kierulf-utvalgets ytringsvettregler systematisk ugyldiggjøres i ME-debatten (Kielland & Grønningsæter, 2022). Sosiologen Xavier Torrent (Torrent, 2022) karakteriserer stigmaet ME-pasientene opplever, som et resultat av symbolsk vold: Pasientgruppen påføres en negativ symbolsk kapital som støter tjenester og medmennesker bort fra dem. Det oppleves problematisk at fagfolk som viser lite respekt for, tillit til eller empati med en stor gruppe pasienter, samtidig skal forske på denne pasientgruppen.
4. **Asymmetrisk representasjon.** ME-foreningen har over 6000 medlemmer, mens organisasjonen Recovery-Norge (RN) har 2–300 medlemmer. RNs formål er å representere mennesker som er blitt friske av utmattelsesykdommer av ikke-medisinske tilnærminger. RN-medlemmers erfaringer kan ha nytteverdi for et visst antall mennesker, men det framstår urimelig at en liten gruppe friske skal representere pasienter på linje med pasientforeningen. De fleste ME-syke har vært igjennom tiltakene RN-medlemmene promoterer, uten bedring. Psykologene Fjellton og Kunst poengterer til psykologisk.no (Sørøy, 2022) at det er lite sannsynlig at millioner av ME-syke verden over ville motset seg behandling som var effektiv.

Etikeren Aadland (Aadland, 2018) fortsetter å beskrive profesjonsetikken som viktig for god fagutøvelse fordi: «I verdimangfaldet må fagfolk kunne

reflektere over motiva sine, over eiga makt, vere seg bevisst eigne kjepphestar og kunne reflektere over kva verdiar som styrer eigne handlingar. Ein må vere spesielt vaken for at eigne personlege verdiar til tider kan vere i strid med grunnverdiane i profesjonen eller i samfunnet.»

Biopsykososial modell beskriver ME som en «sykdomsopplevelse» forårsaket av pasientens atferd og tankemønstre. Flere av de som anvender BPSM, bruker en amputert versjon av modellen instrumentelt for å fremme GET, CBT og LP. Modellen fremstår således som et forsvar for enkeltforskeres/behandleres definisjonsmakt og et menneskesyn som ikke resonnerer godt med etikken. Den biopsykososiale ME-hypotesen avviker fra NICE og IOMs metaanalyseresultater om ME som en multisystemisk kronisk sykdom.

I konklusjonen til nevnte artikkel av Marks (Marks, 2022) skriver han at det haster å etablere et nytt vitenskapelig rammeverk for ME/

CFS fundert på sykdommens biologi, og avslutter med å skrive at pasienter med MUS/ME/CFS og deres familier ikke har blitt behandlet med verdighet, respekt og omsorg i tråd med deres menneskerettigheter.

«**Iatrogenic disease**» er et begrep brukt om sykdom eller symptomer som oppstår eller forverres på grunn av behandling eller kommentarer fra behandlere. BPSM benyttet som i dag bidrar til økt sykdomsbyrde for en betydelig andel pasienter (Geraghty & Blease, 2019).

Mitt ønske for kommende år er at Kierulfutvalgets ytringsvettregler (Kierulf et al., 2022) anvendes i ME-debatten. At biomedisinske funn skal formidles og bane vei for nye behandlingsmetoder, at ivaretagelse skal være beveggrunnen for tverrfaglige tilnærminger, og at profesjonsetikk også skal gjelde i møte med ME-syke, uavhengig av om behandlere møter en føyelig eller utslitt og opprørt pasient. ✕

REFERANSER

- Committee on the Diagnostic Criteria for Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome, Board on the Health of Select Populations, & Institute of Medicine. (2015). *Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Redefining an Illness*. National Academies Press (US).
Falkum, E. (2008). Den biopsykososiale modellen. *Michael*, 5, 255–263.
- Geraghty, K. & Blease, C. (2019). Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue and the biopsykososial model: a review og patient harm and distress in the medical encounter. *Disability and Rehabilitation*, 41(25), 3092–3102. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1481149>
- Kielland, A. & Grønningsæter, A. B. (2022, 20. juli). Kan Kierulf-utvalgets regler om uttringsvett gjøre ME-debatten nøktern og respektfull? *Forskersonen.no*. <https://forskersonen.no/akademia-helse-kommunikasjon/kan-kierulf-utvalgets-regler-om-ytringsvett-gjore-me-debatten-noktern-og-respektfull/2055960>
- Kierulf, A., Bair, S., Bovim, G., Dybdahl, M. & Helgesen, V. (2022). *Akademisk ytringsfrihet — God ytringskultur må bygges nedefra, hver dag*. Kunnskapsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/no/dokumenter/nou-2022-2/id2905589/#mce_temp_url#
- Løgstrup, K. E. (1999). *Den etiske fordring*. Cappelen Forlag.
- Marks, D. F. (2022). The Rise and Fall of the Psychosomatic Approach to Medically Unexplained Symptoms, Myalgic Encephalomyelitis and Chronic Fatigue Syndrome. *Archives of Epidemiology and Public Health Research*, 1(2), 97–143.
- NICE guideline [NG206]. (2021, 29. oktober). Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management. *NICE.org*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng206>
- Sørøy, A. (2022, 14. desember). Reagerer på innblanding i Lightning Process-studien: – Ironisk. *Psykologisk.no*. <https://psykologisk.no/2022/12/reagerer-pa-innblanding-i-lightning-process-studien-ironisk/>
- Torrent, X. G. (2022). The circuit of symbolic violence in chronic fatigue syndrome (CFS)/myalgic encephalomyelitis (ME) (I): A preliminary study. *Health care for women international*, 43(1-3), 5–41. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1925900>
- Wikipedia. (2022). *Iatrogenesis*. <https://en.wikipedia.org/wiki/Iatrogenesis#:~:text=Iatrogenesis%20is%20the%20causation%20of%20a%20disease%2C%20a.medical%20activity%2C%20including%20diagnosis%2C%20intervention%2C%20error%2C%20or%20negligence.>
- Aadland, E. (2018). *Etikk i profesjonell praksis*. Samlaget.

Meninger

DEBATT

Fører alt arbeid til god helse?

Med sitt søkelys på inkludering i arbeidslivet risikerer Psykologforeningen å individualisere problemer knyttet til økende ulikhet i samfunnet, og skamme dem som er nederst på rangstigen.



TEKST

Ingvild Myklebust,
psykologspesialist

ARBEID OG HELSE

«HELSE GJENNOM ARBEID» lyder den visjonære overskriften for hovedsatsingsområdet de neste tre årene. Dette skjer helt uten noen forsøk på definisjon av hva arbeid er, eller hva slags arbeid som er godt for helsa. Det ser ut som at «arbeid» ureflektert forstås som lønnsarbeid, og at det uten videre antas at dette er bra.

Det er imidlertid åpenbart at mye geskjeft som utløser penger, har en heller tvilsom verdi for menneskelig trivsel og helse. Man utnytter menneskenes usikkerhet og begjær, og andre blir objekter for ens egne mål heller enn unike subjekter. Dette står i motsetning til aktiviteter man driver med fordi de ganske enkelt har verdi i seg selv.

Å forebygge uføretrygd fordi dette koster penger for samfunnet, er det nærmeste jeg ser en begrunnelse for hvorfor dette er viktig. Psykologenes hovedsatsing passer dermed mistenkelig godt inn i dagens økonomiske maktstrukturer. «Dagens arbeidstakere må regne med å stå i jobb lenger for å ta vare på velferdsstaten» er omkvedet vi alle har hørt. Overskuddet av økende effektivisering og automatisering føres inn i konsumvekst, og de virkelig store pengene blir i økende grad samlet på noen få menneskers hender. De rike blir stadig rikere ettersom kapital er det som lønner seg mest (Piketty, 2014).

De iboende vanskene med det uregulerte, konkurransebaserte markedet har økt med algoritmenes inntog i de multinasjonale selskapenes kontrollrom. Kampen om oppmerksomheten er enorm. Vi lokkes til skjermene for at det kan høstes data om oss, data som selges og brukes til målrettet reklame, og som ytterligere begunstiger de selskapene som er store fra før. Det fører til polarisering og ensretting av både sinn og samfunn. Kampen for å bli synlig – og med det ha «markedsverdi» – har blitt knallhard. Systemet skaper noen få vinnere, og tilsvarende mange tapere. Behovet for å lykkes og smerten ved å være gjennomsnittlig eller ikke «få det til» aksentueres. Statusjag er jo i seg selv et nullsumspill: Om noen øker sin status, betyr det at andre mister sin. Det hele blir et fånyttens strev med store psykologiske omkostninger.

Med de store endringene i arbeidsmarkedet ser vi i dag også et stadig voksende prekarierat – arbeidstakere uten fast jobb, som går på korte kontrakter, er tilkallingsvikarer og tidvis arbeidsløse. Dette er en eksistens uten forutsigbarhet eller sikkerhet, noe som åpenbart påvirker både den materielle og psykologiske velferden. Er det for disse menneskene vi skal predike arbeidets helsebringende effekter?

Det er godt dokumentert at økt økonomisk ulikhet fører til dårligere psykisk helse i befolk-



KNALLHARD KAMP

Kampen for å bli synlig – og med det ha «markedsverdi» – har blitt knallhard, mener artikkelforfatteren. Foto: United Artists (1936) / Wikimedia Commons

ningen (Wilkinson & Pickett, 2011, 2018). Diagnosesystemets sykdomsmodell for psykiske lidelser tilslører dette. Når vi nå skal legge vår innsats i å få folk til å innordne seg lønnsarbeidssystemet, er jeg redd vi ytterligere bidrar til å legge skylden og skammen på dem som faller utenfor. Dette er grotesk når realiteten i lønnsarbeidssystemet er at det er det samme hvilken faktisk nytte og moralsk verdi det du gjør, har, bare du kan tjene penger på det. Dersom vi faktisk ønsker å bedre psykisk helse, burde vi heller rette oppmerksomheten mot hva det økonomiske systemet vi lever i, gjør med menneskesinnet. Men så lenge gjennomsnittlig lengde på terapi ved DPS er under 15 timer, er vel reaksjoner på dette systemet noe som verken vi eller pasientene våre har rom for å ta inn over oss.

Som fagforening burde Psykologforeningen heller sikte mot å kunne gjøre mer langvarige terapier praktisk og økonomisk tilgjengelig for alle. Dette kunne være et bidrag til å utvikle menneskers refleksjonsevne og fornuft i denne galskapens tid som vi lever i. Men kanskje er vi også selv så bundet til pengemakten at vi har mistet både den refleksjonsevnen og autonomien som trengs for å gjøre dette? ✕



Psykologenes hovedsatsing passer dermed mistenkelig godt inn i dagens økonomiske maktstrukturer

REFERANSER:

Piketty, T. (2014). *Kapitalen i det 21. århundre*. Cappelen Damm.
 Wilkinson, R. & Pickett, K. (2011). *Ulikhetens pris*. Res publica.
 Wilkinson, R. & Pickett, K. (2018). *The Inner Level*. Penguin Books.



Milla Thomson 2023

Vi kan ikke bare snakke om det

Hvis vi velger å betrakte langvarig psykisk lidelse som funksjonsvansker heller enn sykdom, kan det være helt andre tiltak enn psykologenes tradisjonelle snakkekur vi bør ta i bruk.

NÅR VI DEBATTERER psykologisk behandling, ser det ut til at samtalerapi er det eneste formatet vi psykologer anvender. Dette er en innnevning av vårt virkeområde som antakeligvis gjenspeiler forventningene til de som oppsøker vår hjelp, deres pårørende og våre samarbeidspartnere. I verste fall gjenspeiler det også vår egen profesjons oppfatning av hva psykologisk behandling er. Svært mange personer vi kommer i kontakt med, har behov for andre tiltak enn samtaler. Som profesjon må vi derfor snakke mer om, forske mer på og i større grad anvende flere tiltak som retter seg mot psykososial rehabilitering, og å hjelpe folk med å bygge gode liv. Vi har et ansvar for å utvide oppfatningen samfunnet har av hva som kan være gode tiltak ved psykiske plager og funksjonsvansker.

HABILITERING OG REHABILITERING

De årene jeg har drevet praksis med avtalehjemmel, har jeg fått henvist svært mange personer som har store og langvarige funksjonsvansker. Mange av dem fremstår mer plaget av funksjonsnedsettelse enn av symptomene på psykiske lidelser. Ofte er funksjonsvanskene så omfattende at det er lite å hente på samtalerapi. Det er ikke bare personer med alvorlige psykiske lidelser dette gjelder. Også ved mil-

dere symptomer, som varer over lang tid, følger det vansker med å fungere i hverdagen. Så lenge livet ikke fungerer, hjelper det lite med typiske terapeutiske strategier som validering og støtte, endring av tankemønstre eller å gjenopprette kontakt med følelser. Det er derfor avgjørende at vi hjelper mennesker som trenger det, med andre virkemidler i tillegg til samtaler.

Ved omfattende psykososiale funksjonsnedsettelse må vi blant annet hente virkemidler fra habilitering og rehabilitering, og jobbe for at den hjelpesøkende klarer å endre sin livskontekst.

ANDRES TJENESTER

Mange av dem jeg møter, har også bistand fra andre tjenester og yrkesgrupper. De andre tjenestene bedriver også samtalerapi. Noen ganger som støttesamtaler, noen ganger som mer målrettet behandling. Det er i og for seg fint. Problemet er bare at hvis alle instanser skal drive med samtaler, blir det ingen igjen til å drive re-/habilitering. Dette gjenspeiler en utvikling i hjelpeapparatet, der sosialt arbeid ser ut til å forsvinne fra menyen. Dermed må vi bidra til at det også tenkes bredere i rehabiliteringsprosessen. Vi må bidra med for eksempel veiledning til pårørende, andre hjelpere og



TEKST Magne Storvik, privatpraktiserende psykolog og student ved Høgskulen i Volda

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

HABILITERING





... hvis alle instanser skal drive med samtaler, blir det ingen igjen til å drive re-/habilitering

arbeidsgivere. Vi kan være sentrale i en sammensatt hjelpetjeneste med å utarbeide og følge opp en rehabiliteringsplan. Der den hjelpesøkende selv ikke klarer å gjennomføre atferdsekspérimentet, kan vi gi flere hjelpetilbønelser. Vi kan selv delta og være støttepersoner, eller involvere hjelpepersoner fra kommunale tjenester som kan være med å gjennomføre eksperimentet, eller hjelpe vedkommende til å komme over dørstokken. Det finnes kognitive hjelpemidler som kan hjelpe til med å skape struktur og rammer. Vi må veilede og vise mulighetene som finnes for bistand til å få livet på riktig spor.

PSYKOSOSIALE TILTAK

FNs konvensjon om rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne (UNCRC) inkluderer mennesker med langvarige funksjonshindringer som følge av mentale utfordringer. Å se langvarig psykisk lidelse som funksjonsvansker heller enn sykdom åpner for noen interessante perspektiv. Det vil blant annet si at man ser vanskene som et resultat av hindringer for personens funksjon i møte med et funksjonshindrende miljø. Dette gir en frihet fra sykdomstenkningen, som kurative samtalerapier også er et uttrykk for. Å se psykiske lidelser som funksjonshemming åpner for at et effektivt tiltak kan være å tilrettelegge/endre det funksjonshemmende miljøet. Det er dypest sett et humanistisk perspektiv å se menneskers vansker som et resultat av dårlig match mellom individ og miljø, heller enn som resultat av en patologi i individet. Det fremstår også som mer sannferdig. Så kan man tenke at behandlerens rolle i større grad er å hjelpe til på veien slik at individet mer effektivt kan interagere med sitt miljø, og nå sine mål, heller enn å kurere patologi.

Det er på tide å heve røsten for at andre psykologiske og psykososiale intervensjoner må få mer plass i tjenestene, utdanningene og den faglige diskursen. Svært mange pasienter får ikke tilstrekkelig hjelp av samtaler. Når terapi ikke virker, må vi endre repertoaret. Psykososiale tiltak er fullgod psykologisk behandling, og fortjener et løft i tjenesteapparatet, og i profesjonens faglige diskurs. ✕

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.

Klima må inn i psykologutdanningen

Relevant kunnskap om klima bør være en del av den generelle kompetansen psykologistudenter har med seg i bagasjen når de uteksamineres.

I LØPET AV 2022 har flere argumentert godt i Psykologtidsskriftet for at psykologer må engasjere seg i klima- og miljøspørsmål. Seinest i desemberutgaven etterlyste Harald Selås (Selås, 2022) en «klimarevolusjon» i Psykologforeningen, for at psykologer kan bidra til nødvendig samfunnsendring.

Grunnlaget for et slikt engasjement som Selås etterlyser, legges blant annet i psykologutdanningen. Her vil jeg eksemplifisere hvordan utdanningsinstitusjoner kan jobbe for å gjøre psykologistudiet grønnere.

En av de sentrale utfordringene er å få studentene til å se sammenhengen mellom psykologisk teori, praksis og klimaendringer. Vår erfaring er at mange psykologistudenter både er samfunnsengasjert og stiller kritiske spørsmål til faget og profesjonen, men at det likevel kan være vanskelig å se disse sammenhengene. Det er kanskje ikke så rart, når disse koblingene frem til nå i mindre grad har blitt gjort i utdanningen. Derfor er det viktig å vise kommende psykologer og øvrige psykologistudenter at klima- og naturkrisen tas på alvor både i teori og i praksis.

Psykologi for klima fra Psykologisk institutt (PSI) ved Universitetet i Oslo jobber med å gjennomføre instituttledelsens klimastrategi. Dette innebærer tiltak innenfor undervisning, administrasjon, faglige arrangementer og akademiske stillinger.

EN «GRØNN TRÅD»

Et av målene i strategien er å implementere en «grønn tråd» i profesjons- og bachelorprogram-

met, slik at studentene tidlig i studiet eksponeres for klima-, miljø- og økopsykologi. Dette kan skje både gjennom egne forelesninger og ved å bruke tematikken i undervisningsaktiviteter og eksamensoppgaver.

Forrige semester fikk vi for eksempel holde en forelesning hvor vi først ga en generell introduksjon om klimaendringer, og deretter lot studentene diskutere sammenhengen mellom klimaendringer og psykisk helse. Her ble studentene bedt om å reflektere rundt grensen mellom reell og sykelig klimaangst med utgangspunkt i et tenkt kasus. Aktiv deltakelse fra studentene og tilbakemelding i etterkant tilsa at dette var engasjerende, samtidig som at dette var koblinger studentene ikke hadde gjort selv. I forkant av forelesningen hadde studentene et rollespill om samme tema.

Denne våren skal profesjonsstudenter i et helsefremmende og forebyggende emne lære mer om den globale sammenhengen mellom klimaendringer, klimapolitikk, konflikt, migrasjon, menneskerettigheter og psykisk helse, med eksempler fra blant annet Pakistan og Kenya. Her kommer det tydelig fram at klimaarbeid er forebyggingsarbeid. Diskusjonsspørsmål og eksamensoppgaver knyttet til bærekraft og klima har vært en del av undervisningen i innføringsemnene i blant annet utviklingspsykologi og sosialpsykologi.

Det kan også utvikles nye fag innenfor klima-, miljø- og økopsykologi. Dette semesteret gjennomføres emnet «Green Mediation: Conflict, Collaboration, and Change Towards a Sustainable Future» for første gang. Dette



TEKST Magnus Hole Fjetland, psykologstudent, på vegne av Psykologi for klima ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KLIMA- OG MILJØ-PSYKOLOGI





En av de sentrale utfordringene er å få studentene til å se sammenhengen mellom psykologisk teori, praksis og klimaendringer

emnet kan profesjonsstudenter inkludere som valgfritt psykologiemne i graden sin. Her skal studentene arbeide med å analysere og håndtere miljøkonflikter med utgangspunkt i psykologisk teori. Relaterte problemstillinger gjennomgås i masterprogrammene Helse, utvikling og samfunn og Global-MINDS, i tillegg til at vi jobber med å etablere et bredt anlagt innføringsfag i miljø-, øko- og klimapsykologi.

Aktiviteter utenfor studiet er også viktig for å vekke interessen blant både studenter og ansatte. I rekken av klimaseminar ved PSI inviterer vi eksterne foredragsholdere til å snakke om klima- og miljørelaterte tema, med god deltagelse fra både ansatte og psykologistudenter.

Relevant kunnskap om klima bør være en del av den generelle kompetansen psykologistudenter har med seg i bagasjen. Det er avgjørende at det skjer tidlig i studiet, og at det er et gjennomgående tema.

GRØNN DULTING PÅ INSTITUTTET

I tilbakemelding fra både ansatte og studenter ble det bemerket at endringer i undervisningen burde komme sammen med endringer i instituttets ressursbruk. For at studentene skal kunne se relevansen av teorien de lærer, må det også ha en sammenheng med den virkelige verden. Derfor er det viktig at utdanningsinstitusjonen også viser dette i praksis, blant annet i

sitt forhold til matbestilling, reisevirksomhet og energibruk. På PSI har vi fått gjennomslag for «grønn dulting» (*nudging*) ved interne arrangementer, som innebærer at vegetaralternativet blir standardvalget. Som påpekt av Bjørn Z. Ekelund (Ekelund, 2022) er dulting et godt eksempel på hvordan psykologisk kunnskap kan brukes i klimakampen.

Universitetet er en kompleks organisasjon, og særlig det å utarbeide et klimagassregnskap for instituttet har vist seg utfordrende. Det er ikke nødvendig å ha detaljene på plass for å sette inn tiltak mot det vi med stor sikkerhet kan anta er kilder til utslipp, slik som mat, reise og energibruk. Men det er viktig å kunne se utvikling over tid for å kunne kartlegge og evaluere tiltakene. Fremover jobber vi med å utarbeide en oversikt over klimagassutslippene til Psykologisk institutt, slik at vi kan sette inn flere tiltak overfor blant annet ansatte. Her har vi også støtte i uformelle undersøkelser blant ansatte, som viser at de fleste er villige til å redusere antall flyreiser.

I møte med klima- og naturkrisen har utdanningsinstitusjonene et særskilt ansvar overfor studentene. Vi håper flere områder av universitetets virksomhet kan la seg inspirere av eller gjerne forbigå oss i innsatsen for et bedre klima. Slik kan vi legge grunnlaget for et vedvarende engasjement etter endt utdanning. ✕

REFERANSER

Selås, H. (2022) *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(12), 1132–1133.

Ekelund, B.Z. (2022) *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(3), 214–215.



MER SPESIALISERING Arne Holte mener verken publikum eller samfunnet er tjent med psykologspesialister med så liten spesialisering som i dag. Illustrasjon: Igor Kisselev / Shutterstock / NTB Scanpix

Psykologer er ikke spesialiserte nok

Psykologer bør bli langt mer spesialiserte enn det dagens spesialistordning gir rom for.



REGJERINGEN VIL HA en sterkere tematisk organisering av psykisk helsevern. Bruken av fagfolkenes kompetanse skal bli bedre. Pasientene skal komme raskere til riktig behandling. Behandlingen skal bli bedre og mer forskningsbasert. Alle med behov for det, skal få spesialisert kompetanse.

For å få det til har regjeringen opprettet «kvalitets- og organiseringsutvalget» (KOU). Det skal også vurdere tiltak innen kompetanseutvikling, utdanning og oppgavedeling som kan gi bedre behandling, organisering og kapasitet i tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022).

Sjefredaktøren i Psykologtidsskriftet har satt seg på bakbeina (Williams, 2022). Psiko-

logforeningen har gått tungt inn med fagsjef og ledende psykologer. Dette er jo en gyllen anledning til å få bedre psykologer, raskere tilgang til rett spesialist og for det offentlige til å beholde psykologspesialister.

Publikum trenger psykologer som er langt mer spesialiserte enn det dagens ordning legger opp til. Spesialitetene er altfor brede. Felles for de tolv spesialitetene som Psykologforeningen har opprettet og har ansvar for, er at de enten dekker alt innen et aldersspenn (barn/unge, voksne, eldre), en arena (klinikk, familie, arbeid, organisasjon, samfunn), en svær sekk av tilstander (allmenn, barn/unge, voksne, rus, habilitering, nevro) eller en stor gruppe behandlingsformer (psykoterapi).

TEKST Arne Holte, professor emeritus i helsepsykologi, UiO

**SPESIALIST-
UTDANNINGEN**





Ordningen er verken prinsipielt begrunnet eller pragmatisk tilpasset befolkningens behov for høyspesialiserte tjenester

Dagens ordning er et sammensurium av ideelle ønsker på ett historisk tidspunkt og fagpolitiske og historiske løsninger som man ikke har klart å bli kvitt (klinisk, psykoterapi). Ordningen har altfor uklare skil-ler mellom spesialitetene (allmenn, voksne, psykoterapi). Ordningen er verken prinsipielt begrunnet eller pragmatisk tilpasset befolkningens behov for høyspesialiserte tjenester. Mye av innholdet er repetisjon fra grunnutdanningen. Noen spesialiteter er ikke representert i grunnutdanningen (organisasjon ved UiO) og fremstår slik som grunnutdanning, ikke spesialisering. Andre har karakter av «hummer og kanari» (allmenn/samfunn). Kunnskapsutviklingen er så rask og omfattende at dagens spesialiteter fremstår som megalomane og fullstendig urealistiske å holde seg à jour i. Slik blir hjelpsøkere – og særlig ved uvanlige tilstander – i stor grad overlatt til tilfeldigheter når de søker psykologspesialist.

Mange psykologspesialister er selvfølgelig høyspesialiserte og fullstendig oppdatert på sitt fagfelt. Det skyldes ikke spesialistordningen, men den enkeltes egne fordypning i et smalere område.

Hvordan har det blitt slik? Sterke grupper i foreningen har villet beholde gamle ordninger. For husfreden har man flikket på og latt ordninger som overlapper hverandre, leve side om side. Særlig har Yngre psykologers utvalg (YPU) vært mot en høy grad av spesialisering.

Hittil har lønns-, makt- og statusutviklingen for spesialistene vært så vellykket at få har villet rokke ved ordningen. De fleste medlemmene er tross alt unge kliniske psykologer.

Nå har Kjerkol gitt oss sjansen. Foreningen bør ta den. Verken publikum, psykologene eller samfunnet er tjent med spesialister med så liten spesialisering. Men legene har jo bare én spesialitet på psykisk helse, psykiatri, delt på barn/unge og voksne. Vi har tolv! Det er kun 2400 psykiatere i landet. Det er 10 000 psykologer! Her er det mer enn nok å ta av til å lage en høyspesialisert spesialistordning.

En ny spesialistordning må ta kryssende hensyn: diagnose/tema, komorbiditet, kontekst/arena, utredning, behandling, forebygging m.m. KOU kan ikke løse det. Mandatet er for omfattende og fristen for knapp. Men de kan be Helse- og omsorgsdepartementet ta initiativ til å utrede en ny spesialistordning for psykologene som tilpasses den organiseringen av tjenestene de foreslår. Så kan vi få et helsevesen med samsvar mellom spesialiteter, spesialiseringsgrad og organisering.

Så må vi sikre at all autorisasjon begrenses i tid. Både psykologer og psykologspesialister må kunne dokumentere at de har praktisert og etterutdannet seg på området sitt i et nødvendig omfang før autorisasjonen fornyes. Dette er et absolutt krav i EuroPsy, den europeiske standarden for psykologutdanning som Norge har vært en sterk drivkraft bak. ✕

REFERANSER

Helse- og omsorgsdepartementet (2022). *Ekspertutvalg for å vurdere sterkere tematisk organisering i psykisk helsevern*. <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/ekspertutvalg-for-a-vurdere-sterkere-tematisk-organisering-i-psykisk-helsevern/id2940779>

Williams, K. C. (2022). Jeg har spørsmål, Kjerkol. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(12), 1069.



Vi kommer ikke unna kjønnspektivet

Det er ingen grunn til å anta at kjønnsdimensjonen i overgrep er fraværende blant psykologer

Det gjelder ulike typer vold, inkludert voldtekt og seksuelle overgrep. Nasjonalt estimeres det at én av ti kvinner utsettes for voldtekt, og i de fleste tilfellene kjenner partene hverandre. Vold er altså et problem som rammer kvinner oftest. Å ignorere det gjør oss ikke bedre skikket til å se nyanser. Det gjør oss mindre i stand til å fange opp de overgrepene som finner sted. Det er ingen grunn til å anta at kjønnsdimensjonen i overgrep er fraværende blant psykologer. Undersøkelser både fra Norge og flere andre land viser at det begås flest overgrep av mannlige psykologer som har mer enn 11 års erfaring. Tilsvarende funn har man også funnet i en australsk studie (Bismak et al., 2020) fra 2016. I Helsetilsynets rapport fra 2022 fant man at 78 % av helsepersonell som begår grenseoverskridende atferd, er menn.

Maria Bonita Igeland kommenterer Mette Garmannslunds artikkel «Fagperson eller privatperson? Det er spørsmålet»

REFERANSER

Bismark, M. M., Studdert, D. M., Morton, K., Paterson, R., Spittal, M. J. & Taouk, Y. (2020). Sexual misconduct by health professionals in Australia, 2011–2016: A retrospective analysis of notifications to health regulators. *Medical Journal of Australia*, 213(5), 218–224. <https://doi.org/10.5694/mja2.50706>



Nulltoleranse uansett kjønn

... asymmetriske relasjoner og maktmisbruk er like relevant for fagpersoner av alle kjønn, og at dette er et område som mest sannsynlig har betydelige mørketall». Når jeg skriver «like relevant» mener jeg at alle psykologer, uavhengig av kjønn, har et like stort ansvar for å ikke misbruke den makten vi forvalter. Jeg åpner også opp for at det finnes menn som har fått sine grenser tråkket over av kvinner, at dette har fått svært negative konsekvenser for dem, og at terskelen for å melde ifra kan være for høy også for dem. [...]

Mitt hovedpoeng er at én grensekrenkende psykolog er én for mye, uavhengig av kjønn. Vi kan ikke forfekte annet enn nulltoleranse for at den som skal hjelpe, gjør skade

Mette Garmannslunds tilsvarende svar til Maria Bonita Igeland

Vil du lese innleggene i fulltekst, gå til våre nettsider:



Inntrykk

Essay og anmeldelser

ANMELDT: BOK

Dialog om seksualitet - mye innhold på få sider

Et nyttig bidrag til terapeutens verktøykasse i møte med krevende samtaler om seksualitet.



BOK *Dialog om seksualitet - Kunnskap og praktiske råd for fagpersoner*

REDAKTØR Line Ruud Vollebæk

ÅR 2022

FORLAG RVTS Øst

SIDER 145

ANMELDT AV

Kirsten Resaland,
BUP Nedre Romerike

VED FØRSTE ØYEKAST virket det underlig å skulle anmelde *Dialog om seksualitet*. Boken ble opprinnelig utviklet av RVTS Øst - Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging - og Kriminalomsorgen, som en del av en større verktøykasse til bruk ved bekymringsfull seksuell atferd hos barn og unge. Redaktør Line Ruud Vollebæk har nå klargjort den til et liv på egne bein, men det er fortsatt snakk om en liten, konkret håndbok utgitt utenfor tradisjonelle forlag.

Allerede ved lesning av baksideteksten ble det imidlertid tydelig at denne håndboken fortjener sin plass i det faglige rampelyset. Den er kanskje den eneste av sitt slag – en bok som tematiserer ikke bare samtaler med unge om seksualitet, men også om *bekymringsfull* seksualitet. Samtaler mange kvier seg for, kanskje til og med unnviker. Med sine 145 sider glir *Dialog om seksualitet* uproblematisk ned i en litt raus håndveske. Har du en rolig dag på jobb, leser du den ut før lunsj, selv om forordet heller oppmuntrer til å bruke den som et slags oppslagsverk. På denne lille plassen har 22 erfarne klinikere bidratt med til sammen 21 kapitler om ulike temaer, og det er lett å bli nysgjerrig: Har bredde gått på bekostning av dybde? Og leverer *Dialog om seksualitet* på det ambisiøse målet om å gi konkrete innspill til samtaler om seksualitet?

TILGJENGELIG INNSIKT

Boken tar form som en fiffig «du er»-konseptualisering, der hvert kapittel tar utgangs-

punkt i ulike grunner leseren kan ha til å plukke opp boken, for eksempel «Du blir stresset når du skal snakke om sex.» Dette grepet hever i seg selv tilgjengeligheten mange hakk og gjør det lett å få et inntrykk av hvilke temaer boken dekker.

Å snakke om seksualitet kan i seg selv være vanskelig nok for mange. Samtaler med barn og unge som har forgrepet seg på andre eller utøver bekymringsfull seksuell atferd, er i en annen liga. Flere av kapitlene i boken går direkte på temaer de aller fleste behandlere vil grue seg til å ta opp i timene, som det å bytte sex mot goder, å ha problematiske tenningsmønstre og å bruke sex som selvskading. Boken gir gode innføringer i mulige sammenhenger mellom den unges egne traumeerfaringer og nåværende atferd, og mange av kapitlene briljerer i sin evne til å gi dybde og konkrete råd på få sider. Like viktig er bokens tabuknusing. Kapitlene tør å utfordre leseren til å være seg egen seksualitet bevisst som behandler eller hjelper, uten å påføre skam.

TIDVIS LITT KORTFATTET

Kapitlene er uvanlig korte, de korteste på under fire sider. Dette blir av og til for snaut for en så sensitiv og kompleks tematikk som seksualitet. Kapitlet om sosiale vansker er uhyre viktig og godt skrevet, men er trykket inn på så få sider at eksempelvis personlighetsproblematikk ligger igjen på klippebordet til fordel for autismespekterforstyrrelser alene. Både emosjonelt ustabil

personlighetsforstyrrelse og mer dyssosiale personlighetsvansker kunne godt vært inkludert.

Boken er skrevet på dugnad av dyktige klinikere og er ment som en lettlest og kortfattet samling av kunnskap og konkrete verktøy, og skal ikke leses som en tung fagbok. Boken burde likevel unnet seg gode forklaringer der rådene tilsier at det er på sin plass. Iblant synes dette å være bortprioritert av plasshensyn, og utsagn som med fordel kunne vært utdypet, blir stående som om de var selvforklarende. Et eksempel er setningen «Bruk ordet 'talent' i stedet for 'avvik og utfordring' om homofili og kjønnsidentitet/kjønnsuttrykk» (s.53). Begrunnelsen vies én setning om at vi alle har talenter som til sammen bidrar til mangfoldet. Vi kan dog anta at for eksempel pedofile tendenser, som av mange vil betegnes som «avvik og utfordring», ikke er inkludert i dette mangfoldet, og at de færreste terapeuter vil kalle det et talent å være cis eller heterofil. En redegjørelse av når og hvordan ordet «talent» anbefales brukt i samtaler om seksualitet, ville derfor vært nyttig. Et annet eksempel er rådet om å sette ord på eget ubehag i samtaler om seksualitet i møte med unge klienter. Igjen er det snakk om en intervensjon som bør brukes med rasjonale, og som derfor kunne vært rammet bedre inn i boken.

LEVER OPP TIL LØFTET

Svaret på de to innledende spørsmålene er ja: Boken bugner av innsikt, gode formuleringer, presise eksempler og viktige refleksjonsspørsmål som vil være til uvurderlig hjelp for alle som skal inn i møter der spesielt vanskelig seksualitet kan bli et tema. Og det *kan* synes som bredde tidvis har gått på bekostning av dybde. Noen av kapitlene kan gjerne legge på seg før neste opplag, for denne boken kommer forhåpentligvis til å bli utsolgt, lest ut og trykket opp i lang tid framover.

Dialog om seksualitet lever i høyeste grad opp til løftet om å være konkret. Vage selvfølgeligheter er luket vekk til fordel for håndfaste, nyttige råd som kan tas i bruk umiddelbart. Eksemplene bidrar med knagger fra arbeidshverdagen, og grepene som presenteres, er gjennomgående enkle å forstå. Les gjerne denne boken før lunsj, få i deg litt mat og møt resten av dagen faglig styrket til å håndtere samtaler om seksualitet. ✘



Kapitlene tør å utfordre leseren til å være seg egen seksualitet bevisst som behandler eller hjelper, uten å påføre skam

Vil du anmelde i Psykologtidsskriftet?

Vi hører gjerne fra deg hvis du vet om en bok eller nylig har lest en fagbok du ønsker å dele med psykologkolleger.

Redaksjonen bistår med å skaffe anmeldereksemplarer.

En anmeldelse skal være en kort tekst (3000-6000 tegn med mellomrom).

Kontakt oss for mer informasjon redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Skriv for oss/anmeldelser:



Kartet og terrenget i møte med kriser og selvmord

Bergljot Gjelsvik har skrevet en kunnskapsrik fagbok med mange kloke refleksjoner, fra innsiden av sin egen krise.



BOK *Inn i krisen. Veier til å møte og forstå intense kriser og selvmordsfare*
FORFATTER Bergljot Gjelsvik
ÅR 2022
FORLAG Gyldendal
SIDER 236

ANMELDT AV

Kristoffer Bele Ødegård,
 BUPA Vestre Viken HF
 og Nasjonalt senter for
 selvmordsforskning og
 forebygging

«**JEG FALT NED** trappa ikke bare som en førtitre år gammel aktiv kropp og kvinne med mangfoldige interesser, men også som psykolog og forsker på kriser. Med et blaff gikk jeg fra å være en som vet mye om livets natt, til å selv være i en. Fra å være kartegner av et dystert landskap befant jeg meg plutselig og helt uforvarende i et lignende terreng.» (s. 11)

Slik åpner Bergljot Gjelsviks nye bok *Inn i krisen. Veier til å møte og forstå intense kriser og selvmordsfare*. En av inngangsportene til tematikken er forfatterens egen erfaring med et alvorlig fall i en trapp ved universitetet i Oxford, der hun jobbet som forsker. Hendelsen resulterte i en ryggmargsskade, som på et øyeblikk snudde livet slik hun kjente det, på hodet.

Personlige beskrivelser av hvordan hun selv forholdt seg til hendelsen, hvordan hun ble møtt av andre, og hvordan disse møtene opplevdes, dukker opp flere steder i løpet av boken. Hun tar for seg et bredt utvalg av perspektiver fra kvalitativ og kvantitativ suicidologi, psykologisk teori og grunnforskning, vitenskaps-teori, fenomenologi, etikk og skjønnlitteratur.

Gjelsvik beskriver hvordan mange fikk behov for å flytte oppmerksomheten bort fra situasjonen slik den opplevdes for henne: Det skulle gå fremover, gå over, bli bedre og ikke

minst være noe som ikke kunne skje dem eller deres nærmeste. Som en motsats beskriver hun hvor betydningsfullt det var når noen klarte å møte henne i situasjonen slik den var.

Dette oppleves som viktige beskrivelser fra innsiden av en krise, skrevet av et menneske med mye kunnskap og imponerende åpenhet for alt det som skjedde.

DETTE HANDLER OM OSS ALLE

Den brede forståelsen av hva en krise kan være, og det personlige perspektivet som er med igjennom mye av boken, gjør at jeg som leser hele tiden minnes på at dette også handler om meg. Det handler om oss alle sammen. Jeg har ikke vært innlagt etter et selvmordsforsøk, eller vært på legevakten med selvpåførte kutt. Jeg har heller ingen erfaring med ryggmargsskade, slik Gjelsvik beskriver. Jeg har imidlertid opplevd å nesten miste et barn i sykdom, med påfølgende alvorlig funksjonshemming, og kjenner godt igjen beskrivelsene både som far og som fagperson. Blant annet minnes jeg et møte med en sykehuslege som mens situasjonen fortsatt var alvorlig og uavklart, fortalte meg at han trodde opplevelsen kom til å gjøre meg til en veldig god terapeut. Legen så situasjonen utenfra og pekte på et punkt han mente



FRA INNSIDEN

Bergljot Gjelsvik har skrevet en bok som handler om oss alle sammen, mener anmelderen. Illustrasjon: Internet Archive Book Images / Wikimedia Commons

befant seg på kartet. Jeg befant meg imidlertid på et sted i terrenget der dette punktet slett ikke var synlig. Samspillet mellom Gjelsviks subjektive innenfra-perspektiv og det mer objektive forskerperspektivet – og deres respektive former for kunnskap – danner en rød tråd gjennom boken.

Forfatteren trekker frem styrker ved et objektivt perspektiv på selvmordsatferd (kvantitativ forskning, diagnostikk og kategorikunnskap), blant annet hennes egen forskning på betydningen av mentale bilder med suicidal innhold. Samtidig argumenterer Gjelsvik for at denne tilnærmingen har fått prege praksis i for stor grad, blant annet gjennom Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Beskrivelsene av hvordan Gjelsvik mener implementeringen av denne retningslinjen har bidratt til å begrense psykologens mandat i møte med pasienter i krise og selvmordsfare, er dramatiske: at psykologens mandat er begrenset til å handle om vurdering og kartlegging på bekostning av behandling, og der studenter ser retningslinjen som sitt viktigste verktøy i møte med suicidale pasienter. Hun beskriver flere faktorer som har ført til dette: at retningslinjen er for lite spesifikk, tilsynspraksis, tolkning av prioriteringsveiledere og mediens fremstilling av enkeltsaker. Jeg blir sittende og lure på: Hva med universitetenes rolle i dette, hva med veiledning, faglig ledelse og alle psykologspesialistene ute i psykisk helsevern? Jeg har hørt lignende beskrivelser før, selv om jeg ikke kjenner dette igjen fra egen praksis. Jeg undrer meg likevel over hvor utbredt dette problemet er: at psykologer ser sitt mandat som begrenset til kartlegging og vurdering nærmest for kartleggingen og vurderingens skyld.

Jeg er enig med Gjelsvik i at det hadde vært fint om retningslinjen sa noe mer spesifikt om hva slags behandling pasientene skulle få, og hvilken støtte og kompetanse fagpersoner trenger. I fravær av en mer spesifikk »

”

Den brede forståelsen av hva en krise kan være, og det personlige perspektivet som er med igjennom mye av boken, gjør at jeg som leser hele tiden minnes på at dette også handler om meg



Hvordan kommer vi oss fra kartlegging og vurdering til meningsfull behandling?

retningslinje forstår jeg likevel ikke at psykologen skal behøve å begrense sitt mandat, heller enn å fylle det med godt faglig innhold, slik Gjelsvik tar til orde for i boken. Dette er et arbeid jeg selv har vært svært opptatt av: Hvordan kommer vi oss fra kartlegging og vurdering til meningsfull behandling? I den kontinuerlige kampen for psykoterapiens kår og god faglig ledelse i psykisk helsevern har jeg opplevd retningslinjen mer som en støtte enn et hinder.

Å MØTE INTENSE KRISER

Videre i boken argumenterer Gjelsvik for hva psykologens mandat skal være, ut over kartlegging og vurdering, og oppfordrer blant annet terapeuter til å fokusere på de «tre C-ene» i møte med kriser og selvmord-satferd: Man må være nysgjerrig (*curious*), medfølende (*compassionate*) og modig (*courageous*). Hun beskriver både hva dette kan innebære av terapeutferdigheter, og hva systemene rundt kan gjøre for å legge arbeidsvilkårene til rette. Ikke minst ved å ta bedre vare på oss selv og kollegene våre som jobber med suicidalitet, når vi vet hvordan dette påvirker oss og evnen vår til å være gode og effektive hjelpere over tid.

Boken har i denne delen gode beskrivelser av, og argumenter for, verdien av fenomenologiske (blant andre Martin Buber) og humanistiske (blant andre Carl Rogers) tilnærminger når en skal undersøke livsverdenen til mennesker i krise og selvmordsfare. Forfatteren er også her bred i sin tilnærming til temaet, og teksten er rik på referanser til forfattere fra ulike disipliner. Flere av de viktigste ferdighetene og prinsippene man trenger som medmenneske og terapeut i møte med mennesker i kriser, finnes antagelig her. Jeg tror mange vil bli inspirert av Gjelsviks oppfordring om å kjempe for disse perspektivenes plass i psykisk helsevern.

Beskrivelsene av et fenomenologisk nært og aksepterende perspektiv gir gjenklang. Samtidig blir jeg minnet om mange andre møter jeg har hatt, der pasienter i kriser har formidlet at dette perspektivet alene ikke har vært tilstrekkelig. De kan beskrive terapeuter, og andre mennesker i livet, som til stede, støttende, lyttende og utforskende uten at de nødvendigvis har opplevd dette som hjelpsomt. Jeg savner her en diskusjon av de mer endringsorienterte terapeutiske perspektivene, spesielt det atferdsanalytiske.

Gjennom bokens vekslinger mellom perspektiver og mangfoldet av kloke refleksjoner, samt bruk av metaforer og historier, kjennes det som at tenkningen min mykes opp. Dette er en opplevelse jeg som kliniker jobber kontinuerlig for å oppnå: å tenke på nye måter, holde meg åpen, utforskende, nysgjerrig og interessert i møte med pasienter, pårørende, kolleger og ikke minst egne reaksjoner i møte med mennesker i krise. Til tross for noen mangler, og at Gjelsvik og jeg har til dels ulike opplevelser av hva utfordringene innen feltet skyldes, vil jeg anbefale denne boken til kolleger som jobber i feltet. ✘

REFERANSE

Sosial- og helsedepartementet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. https://www.helsedirektoratet.no/produkter/_attachment/inline/c55a5440-c10d-4b7e-a81e-b6d16a6cd8b3:f889797fc632d620ac4f98a1ce83db3208336927/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf

Makt og ansvar

Som psykologer har vi mye makt, og med den makten følger et stort ansvar. Det krever en kontinuerlig bevissthet, både hos hver enkelt av oss og hos oss som yrkesgruppe og profesjonsforening.

Den siste tiden har det vært mye oppmerksomhet på seksuelle grenseoverskridelser begått av terapeuter, i og utenfor terapirommet. Presen har belyst flere saker, og vi kan ikke vite om, eller når, nye saker kommer frem i offentligheten. Selv om dette er vondt, er det likevel viktig at disse sakene kommer frem, at vi diskuterer dem, at vi lærer av dem, og at både helsepersonell, pasienter og samfunn vet hvor grensene går, og hva man skal gjøre hvis grensene blir brutt.

Innenfor terapirommet er grensene klare. Det skal ikke forekomme seksuelle relasjoner mellom terapeut og pasient, heller ikke etter at terapien er avsluttet. Hvis dette likevel skjer, er det et klart brudd på lover og retningslinjer, og skal meldes til myndighetene.

Utenfor terapirommet er det flere gråsoner. Terapeuter har selvsagt lov til å innlede forhold, som alle andre mennesker, men vi bør likevel være bevisste den makten vi har i kraft av vår rolle, vår kunnskap og vår innsikt, og hvordan det kan påvirke mennesker i sårbare livssituasjoner. I våre etiske retningslinjer står det at i sosiale situasjoner hvor vi tydelig oppfattes som terapeuter, gjelder de etiske reglene, for eksempel taushetsplikt. Dette handler imidlertid ikke bare om taushetsplikt, men også om andre forhold, inkludert seksuelle relasjoner.

Makt handler selvsagt ikke bare om seksualitet, men også om alle de andre typene makt vi har, og som vi skal bruke, men ikke misbruke. Det handler om konkret maktutøvelse, som gjennomføring av tvungent psykisk helsevern, attester, rapporter, diagnostisering, vurderinger i barnevernssaker og mye annet. Og det handler om den indirekte maktutøvelsen som kan ligge i definering av situasjoner

og personer og i vurdering av hva som er relevant og irrelevant. For å nevne noe. Dette er komplisert, og det er naturlig at vi trår feil innimellom, særlig der grensene er uklare og gråsonene mange. Derfor er det viktig at vi diskuterer makt, avmakt og maktutøvelse i alle relevante situasjoner når vi møtes som kollegaer.

Jeg vil også minne om kollegastøtteordningen, og fagetisk råd, som kan kontaktes av psykologer som trenger råd og bistand knyttet til egen yrkesutøvelse.

I Psykologforeningen sentralt er vi selvsagt også opptatt av disse temaene. Vi har allerede sørget for å få ut relevant informasjon til ulike målgrupper om regler for seksuell kontakt mellom psykologer og klienter. Mer informasjon er under utarbeidelse, til ulike målgrupper, både psykologer og ikke psykologer, og knyttet til ulike tema og problemstillinger. Vi vurderer også fortløpende om det er behov for justeringer i spesialistutdanningen eller i kravene til vedlikehold. Dette er vårt ansvar, og det skal vi ta på alvor.

Men vi klarer ikke dette arbeidet alene. For å forebygge overgrep og maktmisbruk er vi avhengige av at dette blir et naturlig tema for psykologer. At vi tør tenke at overgrep kan skje, også på vår arbeidsplass, og blant våre kollegaer, og at vi tar opp temaet både generelt og forebyggende, og i situasjoner hvor vi blir særlig bekymret. At vi lytter til pasienter som forteller om overgrep fra kollegaer, og hjelper dem med å melde fra på en måte som er trygg for alle involverte. Overgrep og maktmisbruk skal ikke skje. Men den eneste måten å forhindre det på, er å innse at det faktisk skjer, og å arbeide sammen for å forebygge, oppdage, stoppe og reparere. Og det er et kontinuerlig, og felles, ansvar.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST

Arnhild Lauveng,
Visepresident med
ansvar for fag- og
profesjonspolitikk

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

Retten til fast stilling etter midlertidig ansettelse

Jeg har vært midlertidig ansatt ved et helseforetak i snart tre år – har jeg rett på fast stilling? Når vil jeg ha rett på fast stilling? Hvordan går jeg frem? Denne artikkelen har til hensikt å redegjøre kort for din rettsstilling og kravet til fast stilling etter midlertidig ansettelse.

FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN



TEKST Kristine D. Koch, rådgiver/jurist

Hovedregelen i norsk arbeidsliv er at arbeidstaker skal ansettes fast. Arbeidsmiljøloven § 14-9 åpner imidlertid for at man i gitte tilfeller kan ansettes for en tidsbegrenset periode – midlertidig ansettelser. Disse er uttømmende regulert i bestemmelsens bokstav a til e:

- når arbeidets karakter tilsier det og arbeidet atskiller seg fra det som ordinært utføres i virksomheten,
 - for arbeid i stedet for en annen eller andre (vikariat),
 - for praksisarbeid,
 - deltaker i arbeidsmarkedstiltak i regi av eller i samarbeid med NAV,
 - for idrettsutøvere, idrettstrenerne, dommere og andre ledere innen den organiserte idretten.
- Tidligere var det en generell adgang til å ansette arbeidstakere midlertidig i tolv måneder.

NÅR HAR JEG KRAV PÅ FAST ANSETTELSE?

Dersom arbeidstakeren har vært midlertidig ansatt etter bokstav a), har hen krav på fast ansettelse etter fire års sammenhengende midlertidig ansettelse. Arbeidstakere som er midlertidig ansatt etter bokstav b), har krav på fast ansettelse etter tre års sammenhengende midlertidig ansettelse. Dersom arbeidstakeren har vært ansatt midlertidig i kombinasjon av grunnlagene a) og b) i en sammenhengende periode på tre år, vil hen også ha krav på fast ansettelse.

Dette innebærer at det konkrete hjemmelsgrunnlaget for den midlertidige stillingen skal presiseres i den skriftlige arbeidskontrakten, slik at arbeidstakeren kan forutberegne sin rettsstilling.

I Prop.14 L (2022–2023) foreslår departementet at arbeidstakere etter arbeidsmiljøloven skal ha rett til fast ansettelse etter tre års sammenhengende midlertidighet, uavhengig av grunnlag.

KRAV TIL SAMMENHENGENDE MIDLERTIDIG ANSETTELSE

Det er et vilkår at den midlertidige ansettelsen har vært sammenhengende, og at ansettelsesforholdet som klart utgangspunkt skal

være uavbrutt. Ethvert mindre avbrudd vil nok ikke medføre vilkårsbrudd. Dette må vurderes konkret i den enkelte sak, med utgangspunkt i ansettelsesforholdet og årsaken til avbruddet. Et avbrudd på mindre enn 14 dager vil antakelig ikke være tilstrekkelig for å anse ansettelsesforholdet som avbrutt. Regulært fravær, som ferie, utgjør ikke et avbrudd i arbeidsforholdet.

Dersom avbruddet skjer for å unngå at kravet til sammenhengende ansettelse er oppfylt, vil man normalt ikke vektlegge avbruddet. Dette da slik «lufting av ansatte» strider mot lovformålet og anses som en omgåelse av bestemmelsen.

KRAV TIL SAMME VIRKSOMHET

Det er et vilkår at den sammenhengende midlertidige ansettelsen er i samme virksomhet. Ett helseforetak eller en kommune er å regne som en virksomhet. Hvorvidt arbeidstaker har arbeidet i en avdeling eller vekslet, er uten betydning så lenge det er innunder samme helseforetak.

HVA BETYR DET Å HA KRAV PÅ FAST ANSETTELSE?

Rettsvirkningen av å ha oppfylt vilkårene inntrer automatisk – arbeidstakeren er fast ansatt. Dette innebærer at ansettelsen er løpende og tidsbegrenset, at arbeidstaker sikres forutsigbarhet i form av reelt stillingsomfang, samt at arbeidstakeren omfattes av det alminnelige oppsigelsesvernet.

VIRKNINGER AV BRUDD PÅ REGLENE OM FAST OG MIDLERTIDIG ANSETTELSE

Hvis virksomheten har ansatt arbeidstaker i midlertidig stilling uten at kravene til midlertidig stilling er oppfylt, vil arbeidstaker i utgangspunktet ha krav på fast ansettelse, i henhold til arbeidsmiljøloven § 14-11 første ledd.

TRENGER DU RÅDGIVNING?

Ta kontakt med Jus- og arbeidslivsavdelingen for veiledning og bistand. Dette gjøres via «Min Side». Legg gjerne ved dine arbeidskontrakter slik at vi kan vurdere din rettsstilling.

Møter du mennesker i sorg i ditt arbeid?

Vi har kurs og utdanning i Forlenget sorg-terapi (FST)



Gratis introduksjonskurs i FST

Introduksjonskurs gir en kort introduksjon til sorg, forlenget sorgforstyrrelse og behandling, og passer for alle som er nysgjerrig på hva dette innebærer. Kurset gjennomføres som webinar.

Tidspunkt for neste introduksjonskurs:

16. februar 2023 kl. 11.00–12.30

Deltakelse er gratis, men krever påmelding

Utdanning i FST

Utdanningen gir full opplæring i behandlingsmetoden og tilhørende verktøy, og passer for klinikere som ønsker å bli FST-terapeuter. Utdanningen går over totalt fem dager og inkluderer veiledning.

Tidspunkt for utdanningen 2023:

- Del 1: 12.–13. april
- Del 2: 6.–8. juni

Søknadsfrist: 23. februar



UNIVERSITETET
I OSLO



Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

www.uio.no/fst

JOSEF OG HALDIS ANDRESENS LEGAT Stipender til forskning

Legatets avkastning skal bl.a. stilles til disposisjon for forskning, fortrinnsvis **klinisk psykiatrisk forskning** med formål å forebygge og behandle psykiske lidelser.

Søknad fremmes på fastsatt søknadsskjema som kan hentes på <https://www.regnskapskollegiet.no/regnskap/regnskaptjenester/skjemaer> eller ved henvendelse til mobil **934 11 560**.

Søknad sendes pr. post til:

**Bærum kommune Helse og Velferd
v/Andreas Lundin, Rådhuset, 1304 Sandvika
innen 30. april 2023.**



EMDR Norge

DAGSKONFERANSE

OPPMØTE OG DIGITALT

Trondheim 16. mars 2023

kl. 09.00–16.00 på Scandic Nidelven

Michel Silvestre – Psykolog, PhD

EMDR & FAMILY THERAPY:

An integrated approach to the treatment of trauma

Pris inkl. lunsj medl.: kr 1 500,- /

ikke medl.: kr 1 700,-

Digitalt: kr 700,- / 900,-. Gruppe: kr 1 200,-

Velkommen!

Program og påmelding: www.emdrkurs.no

Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

facebook



Tidsskrift for Norsk psykologforening

15 k liker • 16 k følgere



Grunnutdanning i EMDR

Fysisk oppmøte og digitalt

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen

EMDR Europe Accredited Senior Trainer

Informasjon: www.emdrutdanning.no

Vi kan tilby annonseplass i nyhetsbrevet

som for tiden har ca 9 000 mottakere og
sendes ut to ganger per måned

Annonseformat

Full bredde:

564 x høyde 120 piksler for kr 7 500

1/2 bredde:

264 x høyde 120 piksler for kr 4 500

For mer informasjon om annonsering,
kontakt oss på e-post [tidsskrift@psykolog-
tidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller telefon 23 10 31 33

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2023

SPECIALPLASSERING:

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

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 27 per sp.mm.

Fargetillegg kr 12 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/
hvitt kr 3 105, samme format i farger kr 4 485.

SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 500.

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 900, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 900. 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
3	15.02	01.03
4	20.03	03.04
5	17.04	02.05
6	15.05	01.06
7	19.06	03.07
8	17.07	01.08
9	18.08	01.09
10	18.09	02.10
11	18.10	01.11
12	17.11	01.12

ANNONSEFORMATER

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

PRISER: STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER

Format	4 farger	Sort
1/1 side	18 500	16 900
1/2 side	14 500	12 900
1/4 side	12 500	10 900

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.



Kommunepsykologar

Herøy kommune, Barn-familie og helse



Herøy kommune i Møre og Romsdal er perla yst i storhavet på Sunnmøre. Det er ein og ein halv time reisetid til Ålesund og under ein time til Ørsta-Volda lufthamn. Saman med kommunane Ulstein, Hareid, Sande, Vanylven, Ørsta og Volda utgjer vi 50.000 innbyggjarar. Herøy kommune har nesten 9000 innbyggjarar, og om lag 750 tilsette i kommuneorganisasjonen. Arbeidsmarknaden er stor og variert, der dei maritime næringane har lange tradisjonar. Regionen har også anna industri og offentlege arbeidsplassar som sjukehus og høgsular. Herøy kommune er særleg kjend for å skape verdiar frå hav og fiske. Ei båtlengd føre er kommunen sin visjon, og kjerneverdiane våre er respekt, tillit og samhandling. Med kort veg til fjell og fjøre, gjev dette eit naturleg grunnlag for aktivitetar både på sjø og land. Vi har eit breitt kultur-, fritid- og idrettstilbod med festivalar og arrangement for alle. Naturen og kysten vår er vakker, og Runde med det mektige fuglefjellet er den store stoltheita vår!

Vi har ledig to 100 prosent stillingar som kommunepsykolog. Vår kommunepsykolog over mange år har nylig gått av med pensjon. Den andre stillinga har vore vakant sidan sommaren 2022.

Stillingane skal dekkje heile livsløpet. Den eine er organisatorisk plassert i seksjon psykisk helse og rus, den andre i seksjon førebyggjande (helsestasjon). Den eine stillinga har 30 prosent av stillingsressursen knytt til PPT og Herøy vidaregåande skule, med arbeidsoppgåver etter opplæringslova.

Uavhengig av organisering, skal begge stillingane ha eit tett samarbeid med andre tenester i kommunen.

Kommunen innfører BTS (betre tverrfagleg samhandling) og er med i satsinga «Barn og unges helseteneste» i Møre og Romsdal. Psykologar er sentrale i begge desse utviklingsområda.

Seksjon psykisk helse og rus gir tenester i heile livsløpet, men i hovudsak frå ungdomsalder og oppover. Dei tilsette har ulik fagkompetanse som til dømes vernepleiar, sosionom, sjukepleiar og hjelpepleiar. Fleire har vidareutdanning innan fagfeltet. Det er både individuell oppfølging, gruppetilbod og tilbod på dagsenter. I seksjon førebyggjande er det tilsett helsesjukepleiarar, sjukepleiarar og jordmor.

Arbeidsoppgåver

- Helsefremjande og førebyggjande arbeid
- Tverrfagleg samarbeid
- Rettleiing og fagstøtte til ulike profesjonsgrupper i kommunen
- Deltaking i system-, planarbeid og fagutvikling
- Klinisk arbeid, kartlegging og avklaring av behov

Kvalifikasjonar

- Norsk autorisasjon som psykolog/psykologspesialist
- Engasjement for tidleg innsats og tverrfagleg samarbeid
- Relevant kompetanse og/eller erfaring med tidleg

intervensjon, førebyggjande og helsefremjande arbeid knytt til psykisk helse og rus

- Gode samarbeidsevne og evne til å jobbe strukturert og sjølvstendig
- God munnleg og skriftleg kommunikasjon
- Gode norskkunnskapar munnleg og skriftleg

Du må ha sertifikat klasse B og kunne disponere eigen bil.

Herøy kommune har nynorsk som administrasjonsmål.

Personlege eigenskapar

- Du har gode evner til fleirfagleg og kollegialt samarbeid
- Du er fleksibel og handlingsorientert
- Du jobbar målretta og strukturert
- Du kan jobbe både sjølvstendig og i team
- Du bidreg til eit godt arbeidsmiljø
- Du er serviceinnstilt

Personlege eigenskapar vil verte vektlagt.

Vi tilbyr

- Spanande stilling der du vil ha ei viktig rolle i å vidareutvikle kommunepsykologfunksjonen
- Kompetente medarbeidarar i eit aktivt og engasjerande miljø
- Deltaking i etablert nettverk for kommunepsykologar på søre Sunnmøre
- Tilrettelegging for spesialisering for psykologar som har behov for dette
- 37,5 t/v. Fleksibel arbeidstid og gode pensjonsordningar
- Løn etter avtale

Tilsetjing etter gjeldande tariffavtale, lover og reglement. Søklarliste kan verte offentleggjort.

Kontakt: Runa Bakke, kommunalsjef, tlf. 916 21 147

Se fullstendig annonse og søk på stillingen på www.heroy.kommune.no/ledige_stillinger.

Søknadsfrist: **13.02.2023**

Helse Sør-Øst RHF



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 søknadskjemaer finner du på hjemmesiden: helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger



PSYK
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

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

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

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: 15.02, 20.03, 17.04, 15.05, 19.06, 17.07, 18.08, 18.09, 18.10, 17.11



Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1.mars**, frist for å bestille annonse til mars-utgaven er **15. februar**

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

**NORSK
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President****Håkon Kongsrud Skard**

23 10 31 30

hakon@psykologforeningen.no

Visepresidenter**Hanne Indregard Lind**

948 05 153

h_indregard@hotmail.com

Arnhild Lauveng

913 17 162

arnhild@psykologforeningen.no

Medlemmer**Eva Therese Næss**

971 01 119

eva.th.naess@gmail.com

Siri Næs

902 68 699

Siri.naes@gmail.com

Ann Birgithe Solheim**Eikholm**

971 29 052

abseikhom@gmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit

909 98 052

bjartebruntveit@yahoo.no

Chris Margaret Aanonsen

957 92 616

chris.m.aanonsen@gmail.com

Lars Ravn Øhlckers

908 81 250

larsravnohlckers@gmail.com

Eldrid Robberstad

475 00 308

Eldrid.robbestad@sola.kommune.no

Varmedlemmer**Alf Martin Eriksen (1. vara)**

909 65 138

alfmeriksen@gmail.com

Sebastian Gulbrandsen**(2. vara)**

926 93 702

sebastian.gulbrandsen@gmail.com

Kristin Haugholt (3. vara)

951 72 032

kristinhaugholt@hotmail.com

Jørgen Edvin Westgren**(4. vara)**

911 16 616

joergenwestgren@gmail.com

LOKALAVDELINGER**Akershus****Maria Nylund**

maria_nylund@hotmail.com

997 98 973

Aust-Agder**Lars Petter Lopez-Røed**

larpro82@gmail.com

408 72 505

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**Kjersti Sandnes**

sandneskjersti@gmail.com

916 72 756

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****Mette Ekenes****Garmannslund, leder**

Rådgivningstelefon

480 58 723, onsdager

kl 1500–1700

**ANKEUTVALG
FOR FAGETISKE
KLAGESAKER****Mariann Stadler, leder,**

e-post mariannstadler@

gmail.com, tlf. 918 03 110

**LØNNS- OG ARBEIDS-
MARKEDSUTVALGET****Hanne Indregard Lind,**

leder/KTV Helse Sør-Øst

tlf. 948 05 153

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS****Hanne Indregard Lind,**

leder, e-post h.indregard@

hotmail.com

tlf. 948 05 153

SPECIALITETSRADET**Arnhild Lauveng, leder,**

e-post arnhild@

psykologforeningen.no

tlf. 913 17 162

KVALITETSUTVALGET**Arnhild Lauveng, leder,**

e-post arnhild@

psykologforeningen.no

tlf. 913 17 162

FAGUTVALGENE*Felleselementene*

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

Barne- og ungdomspsykologi

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

Familiepsykologi

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

Rus- og avhengighetspsykologi

Eva Karin Løvaas, leder,
e-post 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

Arne Holen, leder,
e-post arnenpf@
nevropsykologholen.no,
tlf. 922 30 383

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Kristina Høyer,
kommunikasjonssjef,
e-post kristina@
psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås,
administrasjonssjef,
e-post linda@
psykologforeningen.no

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingssjef, e-post
forhandlingsavdelingen@
psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Kim Edgar Karlsen,
fagsjef, e-post kim@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Bjørnhild Stokvik,
utdanningssjef,
e-post bjornhild@
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

Innhold

- 66 **lover mindre byråkrati i psykisk helsevern**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 70 **«Årets stemme» til rapportører fra klinikken**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 72 **Først ute med tilbud til pornoavhengige**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 74 **Porno i poliklinikken**
Fra praksis | Maia Mack
- 80 **Betydningsfull gjennom musikk: En samfunnspsykologisk studie av musikk-
terapiens ringvirkninger i barnehagen**
Originalartikkel | Berget et al.
- 89 **Ketaminassistert psykoterapi for depresjon**
Fra praksis | Mølmen et al.
- 96 **Seksuelle grensekrenkelser i behandlingsrelasjoner**
Fagessay | Garmannslund & Hytten
- 102 **En behandlingsmodell som utfordrer fagetikken**
Etikkpanelet | Frøydis Lilledalen
- 106 **MENINGER**
Kronikk: Vi kan ikke bare snakke om det | Magne Storvik (s. 108)
Debatt: Arbeid og helse (s. 106), Klima- og miljøpsykologi (s. 111), Spesialist-
utdanningen (s. 113)
- 116 **INNTRYKK**
Anmeldelser: *Dialog om seksualitet* – mye innhold på få sider (s. 116), Kartet og
terrenget i møte med kriser og selvmord (s. 118)
- 123 **Annonser**
- 125 **Stillingsannonser**