

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



PSY KOL OGI

Vol. 60 nr. 03 2023

Evidensbasert psykologisk praksis

Andreas Høstmælingen
Teoretisk artikkel

KLIMA OG MILJØ

Fagessay

Debattkulturen som knebler oss

Nye stemmer

Emosjonell neglekt

Fra praksis

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

Denne utgaven ble godkjent til trykk 21.02.2023

Omslagsillustrasjon Cecilie Maurud Barstad **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 Stånicke, 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.

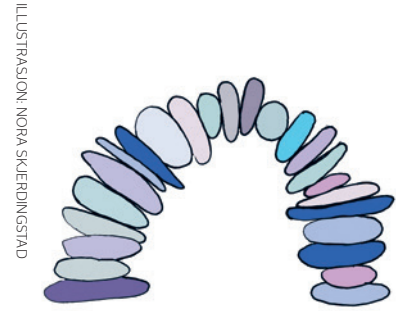




Muligheten til å redde liv ligger rett foran oss, så hvorfor gjør vi det ikke? Etikkpanelet. Side 164-166.



Fagfolkene må få autonomien tilbake, ellers sviner motivasjonen hen. Kronikk. Side 170-173.



Den terapeutiske alliansen handler mye om tillit, ifølge Jon G. Allen. Bokanmeldelse. Side 186-188.

Innhold

- 130 **Miljø- og klimapsykologi i norsk kontekst**
Fagessay | Nakkerud et al.
- 136 **Arven etter Skinner: psykologiens bidrag i møte med klimakrisen**
Fagessay | Elgarøy & Løkke
- 142 **Behandlingsmetoders rolle i evidensbasert psykologisk praksis**
Teoretisk artikkel | Andreas Høstmælingen
- 152 **Den glemte svikten: forståelse og konsekvenser av emosjonell neglekt**
Fra praksis | Brandtzæg & Torsteinson
- 158 **SSFT: En nykomponert og brukervennlig en-times terapimodell**
Fra praksis | Bjørn S. Hesla
- 164 **Uviljen til å redde liv**
Etikkpanelet | Sivert Straume
- 168 **MENINGER**
Kronikk: Hva motiverer psykologene? | Frida Feyer (s. 170)
Debatt: Lønns- og arbeidsvilkår (s. 168), Biopsykososial modell (s. 174 & 176) & Kunstig intelligens (s. 179)
- 182 **Grenseløs etikk?**
Kommentar | Katharine Cecilia Williams
- 184 **Debattkulturen som knebler oss**
Nye stemmer | Helén Ingrid Andreassen
- 185 **Velkommen til «Nye stemmer»**
Derfor | Per Halvorsen
- 186 **INNTRYKK**
Anmeldelser: Kunsten å vekke tillit (s. 186), En bok for sin tid (s. 189)
- 193 **Annonser**
- 197 **Stillingsannonser**

Miljø- og klimapsykologi i norsk kontekst

I kampen mot miljøkrisen kan psykologer ta i bruk verktøy som fremmer både individuell og kollektiv atferdsendring.

TEKST Erik Nakkerud, Oslo Nye Høyskole; Bjørn Z. Ekelund, Human Factors AS; Tuva Bræin, Oslo Universitetssykehus; Sigmund Elgarøy, Alternativ til Vold

KONTAKT

erik.nakkerud@oslonh.no

MERKNAD

Alle forfatterne er medlemmer av NPFs Klimautvalg

ILLUSTRASJON

Cecilie Maurud Barstad

Stadig nye rapporter, særlig fra FNs klimapanel (IPCC) og naturpanel (IPBES), slår fast at for å sikre livsgrunnlaget for oss selv og andre arter må vi endre på hvordan vi forvalter og forholder oss til naturen. Natur- og klimakrisene bør også ses i sammenheng, slik Robert Watson, tidligere leder av både IPCC og IPBES, har slått fast: Man kan ikke løse den ene krisen uten å løse den andre (Watson, 2019).

Parallelt med de naturvitenskapelige rapportene har flere helseprofesjoner spurt seg hvordan de kan bidra i arbeidet med å begrense og tilpasse oss natur- og klimakrisene. I Norge finnes både Legenes klimaksjon, Veterinærenes klimaforening og Fysioterapeutenes klimaforening, mens Norsk psykologforening fikk sitt eget Klimautvalg i 2019.

American Psychological Association (APA) har siden 2010 jobbet aktivt med å utforske psykologiens rolle i møte med klimaendringene. En arbeidsgruppe kom da med en rapport om hvordan mennesker forstår klimarisiko, hvilke psykologiske og kontekstuelle forhold som påvirker klimaskadelig atferd, de psykososiale konsekvensene av klimaendringer og hvordan psykologer kan bidra for å begrense klimaendringer (APA, 2010). Vi mener rapporten ga to særlig sentrale kon-

klusjoner knyttet til hvordan psykologer kan forstå egen rolle i forbindelse med klimaendringene: Klimaendringer påvirker psykisk helse direkte og indirekte gjennom samfunnsendringer, og psykologiens mulige bidrag er vidtspennende, fra klimakommunikasjon til årvåkenhet om hvordan klimaendringer spiller sammen med sosiale ulikheter. Sagt på en annen måte: Psykologer kan på den ene siden bidra til forståelse og forebygging av psykososiale konsekvenser av klimaendringer, og på den andre siden bidra til individuell og kollektiv atferdsendring for å bøte på klimaendringene. Denne bredden i hvordan psykologer kan bidra, har blitt dekket gjennom flere innlegg i tidsskriftet det siste året (Johnsen, 2022; Selås, 2022; Slåttå, 2022). Her vil vi bygge videre på de to konklusjonene i APAs rapport for å synliggjøre og utdype norsk miljø- og klimapsykologi, og illustrere hva norske psykologer kan gjøre.

HVA ER MILJØ- OG KLIMAPSYKOLOGI?

Miljø- og klimapsykologi oppleves kanskje som nytt og radikalt, men perspektiver på psykologens rolle i miljø- og klimaspørsmål har røtter i norsk psykologi. En lederartikkel i Psykologtidsskriftet fra 1975 tok opp flere poeng som er relevante for moderne miljø- og klimapsykologi:

Videre er psykologiene i dag i større grad opptatt av menneskenes materielle betingelser enn de synes å ha vært tidligere. Det har bl.a. ført til en økende interesse for økologi, arkitektur og miljøpsykologi. (...) Et erkjennelsesmessig utgangspunkt utover individets trivsel og utvikling vil kanskje også kunne bety «psykologisk bistand» til mange uten at de kommer i direkte kontakt med psykologen. (...) En annen viktig filosofisk disiplin, som daglig angår psykologers virksomhet, er etikken, og et endret erkjennelsesteoretisk utgangspunkt kan også bety en bredere etisk orientering enn tidligere. (...) Har psykologer som faggruppe etisk plikt til å påvirke politiske myndigheter for å bedre klienters eller potensielle klienters situasjon? (Larsen, 1975/2019, s. 770)

Sitatet viser at psykologers forhold til miljø og klima kan forankres i minst to faglige utgangspunkt: vektleggingen av materielle betingelser og en bredere etisk orientering.

Materialitet og etikk er viktige deler av miljø- og klimapsykologien, og det er vanlig at disiplinnavnene brukes om hverandre. På samme måte som i naturvitenskapene er «miljø» et bredere begrep enn «klima».

Miljøpsykologi er en anvendt fagdisiplin om gjensidige påvirkninger mellom mennesker og miljø. Boka *Norsk miljøpsykologi. Mennesker og omgivelser* (Fyhri et al., 2012) gir en innføring i hva slike påvirkninger kan handle om; fra hvordan bygninger påvirker mennesker, til hvordan mennesker påvirker og påvirkes av globale miljøutfordringer.

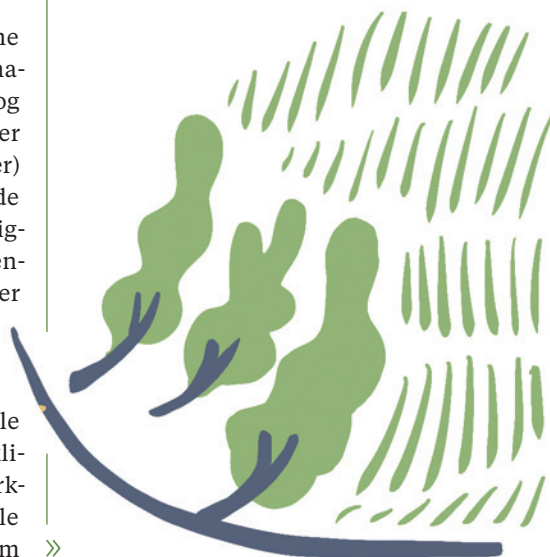
Karevold og kollegers (2020) oversikt over klimapsykologi som fagdisiplin og praksis beskriver klimapsykologi som en «en anvendt del av psykologien, der psykologene bruker etablerte modeller og metoder til å forstå psykologien knyttet til klimaforandringene. Klimapsykologi dreier seg både om å mestre reaksjoner på klimaendringer og påvirke folks valg for å begrense klimaproblemet» (Karevold et al., 2020, para. 67). Klimapsykologien overlapper med miljøpsykologien og kan ses som en underdisiplin, men den kan også defineres som et eget fagområde (Karevold et al., 2020). Vi mener det viktigste er å se hvordan psykologien som fag og praksis kan bidra i møte med natur- og klimakrisene, og at vi trekker veksler på både miljø- og klimapsykologien.

PSYKOSOSIALE KONSEKVENSER

Det første punktet vi vil belyse når det gjelder de to konklusjonene fra APA-rapporten, handler om psykososiale konsekvenser av klimaendringer. I en oppsummering av forskningen på klimaendringer og psykisk helse peker Clayton (2021) på hvordan geofysiske endringer forbundet med klimaendringer er både akutte (slik som ekstremvær) og varige (slik som temperaturendringer), og at endringene har både direkte og indirekte påvirkning på psykisk helse. For eksempel er stigningen i antall PTSD-tilfeller i større grad forbundet med akutte hendelser som ekstremvær, mens de gradvise temperaturøkningene er mer forbundet med økte selvmordsrater. Både økningen i PTSD-tilfeller og selvmordsrater kan regnes som *direkte* konsekvenser av klimaendringer. Felles for akutte og varige geofysiske endringer er at de påvirker samfunnet på måter som igjen kan gi individuelle psykososiale konsekvenser, det vil si *indirekte* helseeffekter av klimaendringene. Et eksempel er når endret tilgang på vann eller dyrbar jord gjør at mennesker må migrere, med de mulige psykososiale konsekvensene det har. Clayton (2021) legger også til klimaangst som



Materialitet og etikk er viktige deler av miljø- og klimapsykologien



en konsekvens av klimaendringene, altså at endringene gir opphav til risikopersepsjoner som i noen tilfeller fører til engstelse av en slik grad at den svekker funksjonsnivået.

Vi mener et viktig budskap fra denne forskningen er at helsekonsekvensene av klimaendringene ikke begrenser seg til direkte konsekvenser på individnivå. De indirekte konsekvensene på samfunnsnivå er like betydningsfulle. Dette er sentralt for tenkningen rundt psykologers rolle, fordi det synliggjør at bidrag til å styrke samfunnsinstitusjoner og lokalsamfunn kan være like viktige som å arbeide på individnivå.

Et annet vesentlig budskap fra forskningen på klimaendringenes psykososiale konsekvenser er at indirekte effekter, som endringer i økosystemer og dermed ressurstilgang og levebrød, allerede er synlige. Det kan ses i de arktiske områdene som Norge er en del av. Hos urbefolkninger i arktiske og subarktiske strøk har endringer i mobilitet og levebrød gitt umiddelbare konsekvenser for psykisk helse, blant annet gjennom nedgang i emosjonell, spirituell, sosial og kulturell livskvalitet. Klimaendringene har også påvirket kultur, identitet, matsikkerhet, mellommenneskelig stress og konflikter og bosituasjon, og gitt psykososiale konsekvenser for disse urbefolkningsgruppene (Lebel et al., 2022). I Alaska har for eksempel klimaendringene blitt knyttet til angstreaksjoner, kulturelt tap, selvmordstanker og alkohol- og rusmiddelmisbruk (Allen, 2020).

Når det gjelder klimaendringenes påvirkning på samfunnet, kan klimapsykologien også inkludere de psykososiale konsekvensene av klimapolitikk (Nakkerud & Sotkajærvi, 2021). I norsk kontekst har Normann (2021) vist at utbygging av vindmøller kan gå på bekostning av samiske rettigheter og muligheter for livsutfoldelse. Selv om Normann ikke knytter utbyggingen til psykososiale konsekvenser, er det rimelig å anta at tap av kulturell identitet også vil påvirke den psykiske helsen (Bhugra & Becker, 2005; Lebel et al., 2022).

Anbefalt lesning

American Psychological Association. (2022). *Addressing the climate crisis. An action plan for psychologists.* <https://www.apa.org/news/press/releases/2022/02/climate-crisis-action-plan.pdf>

Clayton, S. (2021). Climate change and mental health. *Current Environmental Health Reports*, 8, 1-6. <https://doi.org/10.1007/s40572-020-00303-3>

Clinton, A., Dixon, B. & Morrissey, T. (red.) (2022). *Climate Action and Global Psychology.* New Zealand Psychological Society. https://www.psychology.org.nz/application/files/1116/6744/8139/ClimateAction_and_Global_Psychology.pdf

PSYKOLOGERS BIDRAG TIL ATFERDSENDRING

Det andre punktet vi ønsker å belyse, er hvordan psykologisk kunnskap og praksis kan bidra til individuell og kollektiv *atferdsendring* for å bøte på klimaendringene, med vekt på norsk kontekst.

For å endre atferd som har et miljø- og klimaavtrykk, er det nødvendig å forstå de psykologiske og kontekstuelle forholdene som påvirker atferden. Risikoforståelse er et slikt forhold, og norske forskere har bidratt med kunnskap om hvordan vi forstår klimaforskeres budskap. En studie fant at klimaforskeres bruk av brede temperaturestimater, der nettopp bredden gir estimatet større treffsikkerhet, kan oppleves som mer usikre av vanlige folk, altså det motsatte av det forskerne forsøker å formidle (Løhre et al., 2019). Slike funn har betydning for utformingen av klimakommunikasjon. Her har Stoknes (2014) argumentert for at klimakommunikasjon hindrer klimavennlig atferd fordi kommunikasjonen ofte skaper både psykologisk distanse til klimaendringene, passiviserende frykt gjennom dommedagsbilder, dissonans mellom klimaholdninger og -handlinger, og fornektelse. I tillegg kan budskapet komme i konflikt med folks identitet, som når kommunikasjon om klimatiltak for bil og transport bygger opp under konflikter mellom by og land. Stoknes presenterer forslag til ulike måter å utforme klimakommunikasjonen på. Man kan utnytte kraften i sosiale nettverk, bruke formuleringer som gjør at budskapet støttes med positive følelser, gjøre det enkelt og

praktisk å være klimavennlig, skape mening og fellesskap gjennom visjonære fortellinger og gi feedback på hvordan vi kollektivt klarer å respondere på klimakrisen.

Som eksempel på kraften i sosiale nettverk viser Stoknes (2014) til at informasjon om hva folk flest gjør, ofte gir mer klimavennlig atferd enn informasjon om hva man moralsk sett burde gjøre. Når det gjelder å skape mening og fellesskap gjennom visjonære fortellinger, mener vi at norske psykologer kan være mer offensive i å tegne opp fremtider hvor de sosio-økonomiske forholdene som gir god livskvalitet (Støren & Rønning, 2021) er ivaretatt, *uten* at en stadig øker det materielle forbruket.

Madsen (2022) har nylig diskutert om kognitive og emosjonelle forhold har blitt viet for mye oppmerksomhet, og om psykologifagets bidrag til å løse natur- og klimakrisene primært bør ta utgangspunkt i strukturelle betingelser for atferd: Det må være billigst å leve grønt, og dyrt å forurense. Han viser til *Drivhuseffekten: Klimapolitikken som forsvant* (Martiniusen, 2013): «En psykologisering av politikken tjener først og fremst de som mener problemet ligger hos den enkelte, og ikke i politikken som blir ført, understreket han» (Madsen, 2022, para. 11). Oppsummert kan man si at psykologifagets bidrag til forståelse innebærer en utfordring: Faget kan si noe nyttig om psykologiske mekanismer bak klimaattferd, men vi må ikke glemme de økonomiske og politiske rammene som betinger atferden. Internasjonalt har Adams (2021) påpekt begrensningene ved å fokusere på individuelle klimatiltak, fordi det fører til at man overser de strukturelle betingelsene som former atferd. Han er opptatt av at man ikke skal glemme den enkeltes rolle, men da som deltaker i kollektive prosesser for å endre strukturene – fra klimaaktivisme til politikktutforming.

Vippepunkt, eller *tipping points*, er et begrep som inkluderer både det individuelle og kollektive, og som omfatter hvordan sosiale normer, politikktutforming og økonomiske insentiver virker sammen og skaper raske endringer (Nyborg et al., 2016). Et eksempel på et vippepunkt er det øyeblikket hvor klimaregnskap (og naturregnskap) blir en selvsagt del av alle virksomheters rapportering. Eller når normer og økonomiske insentiver sammen gjør at mat med lavt miljøavtrykk blir mer tilgjengelig, enn mat med høyt miljøavtrykk.

Etablering av klima- og naturregnskap er en måte å gjøre egen virksomhet grønnere på. Innen organisasjonspsykologi har norske forskere undersøkt hvordan små bedrifter jobber for å bli grønnere, og et særlig interessant funn er at det «grønne innholdet» i daglige interaksjoner kan være like viktig som en overordnet miljøstrategi (Flagstad et al., 2021).

Et siste eksempel på norsk bruk av psykologi for å fremme miljøvennlig atferd er boka *Klimadulting. En håndbok* (Hohle & Nilsen, 2022). Den tar utgangspunkt i *nudging* (norsk: *dulting*), det å jobbe for atferdsendring gjennom å tilrettelegge for den ønskede atferden. Boka gir råd og tips om hvordan kommuner, fylkeskommuner, private selskaper og ideelle organisasjoner kan redusere eget miljø- og klimaavtrykk. I norsk sammenheng går det an å se for seg at klimadulting kunne vært en del av kommunepsykologenes systemarbeid.

EN HANDLINGSPLAN FOR PSYKOLOGER

APAs arbeidsgruppe for klimaendringer la nylig frem rapporten *Addressing the climate crisis. An action plan for psychologists* (APA, 2022). Sluttkommentaren har følgende oppfordring: «The task force urges APA to direct its attention and resources to mobilizing psychologists to address the fundamental threat of climate change to the health, well-being, and equity of people throughout the world» (APA, 2022, s. 38).

I en konkretisering av oppfordringen har APAs arbeidsgruppe identifisert *fem* områder der psykologer kan adressere klimakrisen: bidra i utvikling og implementering av nye teknologier, hjelpe dem som rammes indirekte og direkte av klimaendringer, øke forståelsen av hvordan ulike grupper oppfatter klimaendringene, skape engasjement gjennom kollektiv handling, og arbeide for å utvide og styrke psykologrollen i møte med klimaendringene. Alle områdene er knyttet til de to punktene vi har vektlagt i teksten: psykososiale konsekvenser av klimaendringer, og psykologers bidrag til individuell og kollektiv atferdsendring.

Mer spesifikt kan psykologer bidra i utviklingen og implementering av nye teknologier tilknyttet bolig, transport, industri og andre forhold, ved å sikre at folk og organisasjoner faktisk aksepterer og bruker de nye teknologiene. Et eksempel i Norge er forskningsprosjektet «Wind for future» ved Universite-





Psykologer bør orientere seg om og mot handlinger som kan begrense og møte konsekvenser av natur- og klimaendringene

tet i Oslo, der man utforsker hvordan unge i Norge vurderer fornybar energi-teknologier (Universitetet i Oslo, 2022).

For det andre kan psykologer gi hjelp til folk som rammes indirekte (f.eks. klimafrykt) og direkte (f.eks. klimaflyktninger) av klimaendringer, og bistå med å bygge opp sosial og psykologisk resiliens i møte med klimaendringene. De som ønsker å engasjere seg i dette, kan bygge videre på arbeidet som allerede gjøres med flyktningers psykiske helse (Varvin, 2018).

En tredje måte er å bidra med økt kunnskap om hvordan ulike grupper forstår klimaendringene, og i utvikling av tilpasset informasjon. Her kan man ta utgangspunkt i forskningen på hvordan vi forstår klimafor-skernes budskap (Løhre et al., 2019).

Psykologer kan videre engasjere seg gjennom kollektiv handling ved å anvende psykologisk ekspertise fra «innsiden», gjennom myndigheter og selskaper for å utvikle nye initiativer, og fra «utsiden», gjennom deltakelse i fagforeninger og andre organisasjoner. Utviklingen av håndboka i klimaduling (Hohle & Nilsen, 2022) er et eksempel på innsidearbeid, mens Klimautvalgets arbeid for å etablere klimaregnskap i Norsk psykologforening er et engasjement fra «utsiden» (Halvorsen, 2020).

Til slutt kan psykologer arbeide for å utvide og styrke psykologrollen: Klimaendringenes mangefasetterte natur innebærer at en rekke praksis- og forskingsfelt påvirkes, og psykologer bør integrere små og store klimarelaterte problemstillinger i sitt arbeid. APA-rapporten understreker behovet for at psykologer samarbeider med personer og grupper utenfor eget fag. Det trekkes frem at urbefolkningsgrupper, som for eksempel samene, har viktig kunnskap om hvordan klimaendringer påvirker oss fysisk og sosialt, og disse gruppene har verdifulle perspektiver på utslippsreduksjon og klimatilpasning. Videre fremhever rapporten at urbefolkningsgrupper ofte har et mer holistisk, interaktivt og langsiktig perspektiv på forholdet mellom mennesker og natur, som kan komplementere og berike andre vitenskapelige og teknologiske tilnærminger.

Hovedbudskapet i APA-rapporten er at alle psykologer bør orientere seg om og mot handlinger som kan begrense og møte konsekvenser av natur- og klimaendringene. Vi håper rapporten vil inspirere psykologer til å inkludere klimaendringer i eget arbeid. ✕

REFERANSER

- Adams, M. (2021). Critical psychologies and climate change. *Current Opinion in Psychology*, 42, 13–18. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.01.007>
- Allen, M. D. (2020). Climate change in Alaska: Social workers' attitudes, beliefs, and experiences. *International Journal of Social Welfare*, 29(4), 310–320. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12443>
- American Psychological Association. (2010). *Psychology & global climate change. Addressing a multifaceted phenomenon and set of challenges*. <https://www.apa.org/science/about/publications/climate-change-booklet.pdf>



- American Psychological Association. (2022). *Addressing the climate crisis. An action plan for psychologists*. <https://www.apa.org/news/press/releases/2022/02/climate-crisis-action-plan.pdf>
- Bhugra, D. & Becker, M. A. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry*, 4(1), 18–24.
- Clayton, S. (2021). Climate change and mental health. *Current Environmental Health Reports*, 8, 1–6. <https://doi.org/10.1007/s40572-020-00303-3>
- Flagstad, I., Johnsen, S. Å. K. & Rydstedt, L. (2021). The process of establishing a green climate: Face-to-face interaction between leaders and employees in the microsystem. *The Journal of Values-Based Leadership*, 14(1), 5. <https://scholar.valpo.edu/jvbl/vol14/iss1/5>
- Fyhri, A., Hauge, Å. L. & Nordh, H. (2012). *Norsk miljøpsykologi. Mennesker og omgivelser*. SINTEF akademisk forlag.
- Halvorsen, P. (2020). Kutter ikke klimautslipp for enhver pris. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2020/12/kutter-ikke-klimautslipp-ehver-pris>
- Hohle, S. M. & Nilsen, M. (2022). *Klimadulning. En håndbok*. Endrava/NORSUS. <https://norsus.no/wp-content/uploads/2022-Handbok-i-klimadulning-1.pdf>
- Johnsen, S. Å. K. (2022). Vi trenger mer psykologi i møtet med den økologiske krisen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(10), 960–961. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2022/09/vi-trenger-mer-psykologi-i-motet-med-den-okologiske-krisen>
- Karevold, K. I., Stoknes, P. E. & Stålsett, G. (2020). Hva er klimapsykologi? *Psykologisk.no*. <https://psykologisk.no/2020/06/hva-er-klimapsykologi/>
- Larsen, E. (2019). En filosofisk nyorientering. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(10), 770. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-arkivet/2019/10/en-filosofisk-nyorientering> (Originalartikkel publisert 1975)
- Lebel, L., Paquin, V., Kenny, T.-A., Fletcher, C., Nadeau, L., Chachamovich, E. & Lemire, M. (2022). Climate change and Indigenous mental health in the Circumpolar North: A systematic review to inform clinical practice. *Transcultural Psychiatry*. Forhåndspublisert nettverson. <https://doi.org/10.1177/13634615211066698>
- Løhre, E., Juanchich, M., Sirota, M., Teigen, K. H. & Shepherd, T. G. (2019). Climate scientists' wide prediction intervals may be more likely but are perceived to be less certain. *Weather, Climate, and Society*, 11(3), 565–575. <https://doi.org/10.1175/WCAS-D-18-0136.1>
- Madsen, O. J. (2022). Å vektlegge psykologi i klimasaken kan bringe arken ut av kurs. *Morgenbladet*. <https://www.morgenbladet.no/ideer/essay/2022/03/29/a-vektlegge-psykologi-i-klimasaken-kan-bringe-arken-ut-av-kurs/>
- Martiniussen, E. (2013). *Drivhuseffekten: Klimapolitikken som forsvant*. Manifest.
- Nakkerud, E. & Sotkajærvi, T. (2021). Samefolkets doble byrde. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2021/08/samefolkets-doble-byrde>
- Normann, S. (2021). Green colonialism in the Nordic context: Exploring Southern Saami representations of wind energy development. *Journal of Community Psychology*, 49(1), 77–94. <https://doi.org/10.1002/jcop.22422>
- Nyborg, K., Anderies, J. M., Dannenberg, A., Lindahl, T., Schill, C., Schlüter, M., Adger, W. N., Arrow, K. J., Barrett, S., Carpenter, S., Chapin III, F. S., Crépin, A.-S., Daily, G., Ehrlich, P., Folke, C., Jäger, W., Kautsky, N., Levin, S. A., Madsen, O. J., ... & De Zeeuw, A. (2016). Social norms as solutions. *Science*, 354(6308), 42–43. <https://doi.org/10.1126/science.aaf8317>
- Selås, H. (2022). Jeg etterlyser klimarevolusjon i Psykologforeningen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(12), 1132–1133. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2022/12/jeg-etterlyser-klimarevolusjon-i-psykologforeningen>
- Slåttå, L. S. (2022). Den økologiske krisen i psykologien. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(8), 720–725. <https://psykologtidsskriftet.no/fagesay/2022/08/den-okologiske-krisen-i-psykologien>
- Stoknes, P. E. (2014). Rethinking climate communications and the «psychological climate paradox». *Energy Research & Social Science*, 1, 161–170. <https://doi.org/10.1016/j.erss.2014.03.007>
- Støren, K. S. & Rønning, E. (2021). *Livskvalitet i Norge 2021*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/livskvalitet-i-norge-2021>
- Universitetet i Oslo. (2022, 6. mai). *Fire nye tematiske faggrupper tildelt midler fra UiO:Energi*. UiO. <https://www.uio.no/forskning/satsinger/uio-energi/aktuelt/aktuelle-saker/2022/fire-nye-tematiske-faggrupper-tildelt-midler-fra-u.html>
- Varvin, S. (2018). *Flyktingers psykiske helse* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Watson, R. (2019). Loss of biodiversity is just as catastrophic as climate change. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/commentis-free/2019/may/06/biodiversity-climate-change-mass-extinction>

Arven etter Skinner: psykologiens bidrag i møte med klimakrisen

Klimakrisen fordrer en mer kollektivistisk forståelse av mennesket. Læringsteoretiske perspektiver kan gjøre en forskjell.

TEKST Sigmund Elgarøy, Alternativ til Vold; Jon Arne Løkke, Høgskolen i Østfold og Høgskulen på Vestlandet

KONTAKT
elgaroy@gmail.com

MERKNAD
Forfatterne har bidratt i like stor grad til artikkelen. Sigmund Elgarøy er medlem i Psykologforeningens Klimautvalg

ILLUSTRASJON
Nora Skjerdingstad

I NORGE er vi over 10 000 psykologer. Hva er vårt viktigste bidrag til samfunnet? Mange vil være enige i at det er å hjelpe folk til å leve et godt liv. Som regel gjøres det gjennom terapeutiske samtaler, hvor psykologisk kunnskap blant annet brukes til å løse problemene til individer og til å fremme deres evne til mestring. Nå befinner vi oss imidlertid i en situasjon hvor klima- og miljøkrisen truer de ytre betingelsene for å kunne leve gode liv. Vi mener derfor at psykologer og atferdsvitere må forholde seg til politikk og økologi, om ikke direkte i klientsamtaler så i hvert fall i den teoretiske forståelsen av mennesker og i sitt samfunnsengasjement. Kan psykologer bidra med forklaringer på hvorfor menneskene har gjort så lite for å hindre klimakrisen, til tross for at vitenskapen har advart oss gjennom mange tiår? Og vel så viktig – har psykologer gode forslag til hva vi kan gjøre for å hindre krisen i å stadig forverres, slik at målet om å leve gode liv fortsetter å være oppnåelig?

Lina Slåttå (2022) beskriver «det som tilsynelatende er en dominerende posisjon i vår profesjon i dag, hvorfra klimaendringer og naturtap ligger utenfor vår horisont». Hun betegner dette som en individualistisk posisjon. I den grad denne posisjonen er representativ for vår profesjon kan den anses å innebære et slags psykologisk tunnelsyn, hvor man ser på det å kunne leve gode liv som løsrevet fra kollektivistiske, miljømessige og politiske sammenhenger.

Individualistisk psykologi kan fungere så lenge de politiske og økologiske forholdene er gunstige. Etter vårt syn vil ikke dette fortsette å være tilfellet med den utviklingen vi nå ser. I likhet med Slåttå ønsker vi å presentere psykologisk teori som dreies bort fra en individualistisk tilnærming og mot en mer kollektivistisk, økologisk og politisk forståelse av mennesket. Slåttå finner innsikter fra filosofi og økopsykologi. Det kan også være noe å hente fra en annen kant av psykologien, nemlig fra en atferdsteoretisk forståelse.

For å vise hvordan en kan forstå miljøkrisen gjennom en atferdsteoretisk tilnærming, vil vi trekke opp av hatten en 40 år gammel presentasjon av B.F. Skinner. Han er en omstridt person og av mange ansett som avleggs i psykologiens historie. Presentasjonen ble holdt i 1982 og het «Why we are not acting to save the world». Her tar han for seg problemer som, skremmende nok, er vel så aktuelle i dag som for 40 år siden, og like uløste (presentasjonen ble i 1987 publisert i boken *Upon further reflection*). Som tittelen antyder, er det ikke et optimistisk «hvordan redde verden»-perspektiv Skinner her anlegger. Han er heller ute etter å forstå hvorfor verden, til tross for all kunnskap om farene, fortsetter på sin skjeve kurs. Vi vil i denne artikkelen redegjøre for hans synspunkter og trekke linjer til nyere bidrag som belyser spørsmålene Skinner stiller. Håpet er at økt forståelse for fraværet av tilstrekkelig handling gjør det lettere å se hva som må gjøres. Vi mener psykologisk kunnskap kan få en

viktig rolle i arbeidet for å fremme mer miljøvennlige handlingsrom og skape mer bærekraftige samfunn.

PROBLEMENE

Mange (f.eks. Dammann, 1972; Meadows et al., 1972; Wiedmann et al., 2020) har siden 1970-tallet satt miljøproblematikken i sammenheng med en forbrukspreget levemåte, uten at det har ført til en mer nøysom livsstil i den rike delen av verden. Heller tvert imot. I den nevnte presentasjonen gir Skinner en «big picture»-analyse av hvorfor disse problemene eksisterer, og hvorfor de ikke blir løst. Han nevner både forurensnings- og miljøproblemer, militarisme og fare for atomkrig, samt overbefolkning og overforbruk som alvorlige trusler. Selv om global oppvarming ikke var på agendaen i 1982, er essensen i dagens problemer de samme som Skinner er opptatt av, nemlig at vår levemåte ødelegger vårt livsgrunnlag: naturen. Vi har vitenskapelig kunnskap om at det er slik, men likevel handler vi ikke for å unngå katastrofen vi er på vei mot.

We know what could be done: We could destroy all nuclear weapons, limit family size, and adopt a much less polluting and less wasteful style of life. The mere listing of these steps is enough to show how far we are from taking them (Skinner, 1982, s. 1).

Så hvorfor gjør vi så lite? Hva hindrer oss?

SKINNERS FIRE NIVÅER

For å svare på dette tar Skinner utgangspunkt i en teoretisk ramme som opererer med fire analysenivåer for å forstå menneskelig atferd og hvilke betingelser som påvirker atferden. 1) Vår menneskelige natur, formet av vår evolusjonshistorie og læring forankret i reflekser: klassisk betinging; 2) den individuelle læringshistorien og operant betinging, eller læring ved erfaring eller konsekvenser; 3) språket og hvordan språket påvirker oss, inkludert begrensningene, og 4) vår (vestlige) kultur, inkludert hvordan myndighetene og næringslivet fungerer. En slik «big picture»-analyse gjør at Skinner unngår å betrakte problemene i et utelukkende individualpsykologisk perspektiv, og muliggjør også kultur- og maktkritikk. Tilnærmingen tilsier også at mulige løsninger kan finnes på flere nivåer.

Fellestrekket for de fire nivåene er at mekanismer som likner på evolusjon, utgjør de virksomme endringsbetingelsene. Evolusjon av arten, individet, språket og kulturen følger et kjent oppsett i et evolusjonsteoretisk, men også skinneriansk eller læringsteoretisk, paradigme: variasjon, seleksjon og retensjon. Disse utgjør til sammen «tretrinnskontingenser» og er kjernebegreper i Skinners forklaringsmodell. Med seleksjon mener Skinner både seleksjon gjennom artens historie og de betingelsene som regulerer vår atferd i dag. Eksempelvis har mennesket gjennom historien blitt selektert til å ha hyppig sex for å formere seg kraftig, men denne atferden fører i dag til overbefolkningsproblemer. Likedan er vi selektert til å være gode jegere og krigere, med intelligens nok til at vi for eksempel kan finne opp stadig kraftigere våpen, noe som i dag har ført oss dit hen at vi er i stand til noe så absurd som å gjøre jordkloden ubeboelig i løpet av få timer. Dette fylogenetiske nivået kan hjelpe oss med å forstå hvorfor vi befinner oss der vi er, men er lite relevant når vi skal foreta endringer som kan bringe oss ut av miljøkrisen. Dermed er de ontogene-



Så hvorfor gjør vi så lite?





tiske nivåene operant
betinging, språk og kultur,
inkludert politikk, myndigheter
og næringsliv, betingelsene vi må lete i.

For at det skal kunne skje en utvikling på de ulike nivåene, trengs variasjon. Et enkelt eksempel på variasjon er at en i stedet for å kaste brød bruker det til toast og ostemørbrød. En slik utnyttelse av brødet blir selektert fordi omgivelsene verdsetter slik praksis og betydningen små miljøhensyn har. Endringene blir så til vaner som vedvarer, altså retensjon. Denne evolusjonære forståelsesrammen synliggjør et vesentlig problem: Evolusjonsprosessen innebærer at atferd som har hatt verdi, øker i forekomst (eksempelvis spise mer enn rikelig og dermed overkonsumere, eller drive med omfattende reising og dermed forurensning), mens atferd som er nyttige på lang sikt – i fremtiden – ikke uten videre inngår i poolen av atferd som selekteres. Evolusjonsprosessen forbereder for fremtiden, men er basert på historiske hendelser og hva som tidligere har lønt seg – gjerne på kort sikt. Problemer oppstår når det som har lønt seg før, står i motsetning til det som er gunstig i fremtiden. Dette kan omtales som et «fremtidsproblem» og vil bli tatt opp senere i teksten.

KUNNSKAP GJENNOM ERFARING VERSUS FORTELLING

Når det gjelder individuell læring, skiller Skinner mellom erfaringskunnskap og kunnskap man eksemplvis får ved å bli fortalt om noe eller ved å lese om det. Det er det vi opplever gjennom egen erfaring som påvirker oss sterkest. Kunnskap om global oppvarming og dens skadelige konsekvenser er noe mange hører og leser om, men som vi (til nå, i Norge) i liten grad har følt på kroppen. Denne kunnskapen vil dermed i mindre grad påvirke våre handlinger. Det er derfor ingen effektiv strategi å satse på å «skremme» folk til å handle mer miljøvennlig ved å fortelle hvor alvorlige konsekvensene vil bli i fremtiden dersom vi ikke endrer vår levemåte. Generelt er vi ifølge Skinner mindre tilbøyelige til å følge råd eller advarsler jo lenger inn i fremtiden de gjelder.

FREMTIDSPROBLEMET

Et hovedproblem som finnes på alle nivåene Skinner presenterer, er at vi må gjøre noe nå for å unngå en fremtidig situasjon. Men fremtiden finnes ikke nå og kan ikke direkte eller med letthet påvirke våre handlinger i dag. Det er ikke vanskelig å tenke seg gunstige atferd i fremtiden, men betingelsene for at slik atferd skal forekomme fra nå av, er ikke uten videre til stede. Det dreier seg metaforisk om å få fremtiden inn i nåtiden eller fremtiden inkludert som grunnlag for alle beslutningene som kan ha miljømessige konsekvenser.

Problemet med å få fremtiden inn i nåtiden er kjent for psykologer som driver med avhengighetsbehandling, prokrastinering eller fristelser i vid forstand. Et brukbart bilde på problemet kan fra et avhengighetsståsted se slik ut: I enden av en vei ligger det først en lav blokk og deretter en litt høyere blokk bak. Den første blokken representerer de umiddelbare



Det er det vi opplever gjennom egen erfaring som påvirker oss sterkest

konsekvensene av rus – lettelse av ubehag eller euforiske opplevelser. Den bakerste blokken representerer viktige verdier, som gode relasjoner eller det å få til noe i arbeid eller utdanning. Tilsvarende kan den lave blokken fra et miljøståsted representere lettvinnt sløsing med mat og spontane flyreiser, mens den bakerste blir et bilde på verdier knyttet til en mer rettferdig og bærekraftig verden. I begge tilfeller vil den som står inntil den første blokken, enten det er klienten som ruser seg eller personen som sløser og flyr for mye, være fanget av de umiddelbare tretermskontingensene og hedonistiske konsekvensene. Når personen forsøker å se opp og inn i fremtiden, er det fortsatt bare den første blokken som kan sees. Den bakerste blokken med de langsiktige konsekvensene er ikke i synsfeltet. Vår evne til å innta et større perspektiv avhenger av at vi har tilstrekkelig avstand til de umiddelbare behovene her og nå, slik at det blir mulig å se viktige verdier og behov i fremtiden.

Fremtidsproblemet kan i skinneriansk psykologi forstås ut fra at det finnes to typer atferd – den impulsstyrte eller *refleksive* og den overveide og *reflekterte*. Atferdene er under ulik påvirkning av forsterkningsbetingelsene (jf. Kahneman, 2011, system 1 og 2). Skinner har beskrevet disse atferdene som to selvbegrep, henholdsvis det kontrollerte selvet og det kontrollerende selvet (Skinner, 1953/1957). Perspektivtaking er et nærliggende begrep som krever to «selv». Perspektivtaking dreier seg eksempelvis om å sjekke kjøleskapet for å få oversikt over innholdet og deretter skrive handleliste. Sjekkingen og skrivingen av handleliste kan sees på som atferd som blir kontrollert eller påvirket av annen overordnet atferd, eksempelvis regler om å ikke sløse eller verdier knyttet til miljø. Å styrke evnen til perspektivtaking og utviklingen av et kontrollerende selv kan følgelig være mulige bidrag fra Skinner når det gjelder å fremme atferd som gir fordelaktige konsekvenser i fremtiden.

Et ytterligere innspill fra atferdspsykologien kan være at fenomenet vi beskriver og forsøker å forklare, kan sees på som prokrastinering (Svartdal & Løkke, 2022). Prokrastinering, eller utsetting av noe som skal gjennomføres til tross for at negative følger av utsettingen er kjent, kan sees på som et sammenbrudd i selvreguleringen. En mekanisme som kalles *dual-process* innebærer at et automatisk og reflek-

sivt handlingsmønster vinner over et rasjonelt mønster – helt i tråd med Skinners to selvbegrep. Ikke-funksjonelle atferder som sløsing og overforbruk velges. I skinneriansk terminologi vil det være det samme som å følge regler som er uheldige. Med regler menes fremtidige tretermskontingenser: «Jeg venter til i morgen (atferdens foranledning) med å utnytte brødet (atferden) – det går like greit i morgen (konsekvensene)».

En ytterligere mekanisme omhandler manglende ferdigheter i forebygging (Svartdal & Løkke, 2022). Dette gjelder en generell manglende kompetanse i å være i forkant med ønskede atferder i stedet for uønskede atferder. En mulig løsning er å lære seg å unngå å havne i situasjoner hvor jeg vet jeg blir fristet. For eksempel ved å la være å gå i klesbutikker når jeg vet jeg ikke trenger flere klær.

I lys av dette blir det synlig hvordan psykologisk kunnskap kan fremme menneskers evne til å lære atferder som kan erstatte eller forebygge atferd som ellers ville gi uønskede miljømessige konsekvenser.

STAT OG NÆRINGS LIV SOM HINDRINGER

Så hvorfor ikke organisere samfunnet slik at umiddelbare konsekvenser av atferd er i overensstemmelse med målet om et samfunn i økologisk balanse? Det må bli billigere og enklere å leve grønt, og mer komplisert og kostbart å forurense. Det betyr å endre på kontingensene for ulike atferder – noe som ligger tett opp til begrepet *nudging* (norsk: *dulting*); man «dulter» folk i bestemte retninger med statlige insentiver eller omkostninger. Skinners svar (Skinner, 1982, s. 7) på hvorfor dette i altfor liten grad er iverksatt, ligger på det fjerde forklaringsnivået og gjelder sentrale institusjoner eller aktører: stat, politikere og næringsliv. Disse vil styrke egen makt, posisjon eller inntjening, og deres interesser står ofte i motsetning til hva som er nødvendig for å løse problemer knyttet til eksempelvis miljø eller krigsfare. I Norge kommer dette tydelig frem i olje og gass så vel som i fiskeoppdrettspolitikken, hvor myndighetene og tunge næringslivsaktører fremmer en utvikling som i store trekk går på tvers av miljøhensyn.

Skinner anser derfor stat og myndigheter som hindre mot det bærekraftige samfunnet han ser nødvendigheten av. Skinner går ikke så mye nærmere inn på stat og næringsliv i sin



analyse, og det er etter vårt syn heller ikke psykologien som til nå best har synliggjort problemene hos disse aktørene. Til den interesserte leser anbefaler vi en artikkel av Stoddard et al. (2021) som sier mye om stater, overnasjonale organer og tunge næringslivsaktører. Den gir en bred analyse av hvorfor vi etter tretti år med klimaavtaler og klimatoppmøter fortsatt ikke har klart å redusere de totale utslippene.

PRINSIPPER FOR LØSNINGER

Det læringsteoretiske og atferdsanalytiske bidraget er å plassere både den problematiske atferden (eksempelvis sløsing med mat) og ønsket atferd (som å sjekke hva som finnes i kjøleskapet fra før, og å skrive handlelister) i kontekster. Analyseenheter er tretermskontingenstheten – eller ABC-analyser eller kjedeanalyser (Tirch et al., 2016), som det kalles i henholdsvis kognitiv atferdsterapi og dialektisk atferdsterapi. De påvirkbare variablene finnes i foranledningene til atferd og konsekvensene. I vår sammenheng er det vesentlig at årsakene er påvirkbare, og at atferdene er noenlunde klart angitt.

Fellestrekket for de fire nivåene er som nevnt at mekanismer som likner på evolusjon, utgjør de virksomme endringsbetingelsene. Evolusjon av arten, individet, språket og kulturen følger et kjent oppsett i et skinneriansk eller læringsteoretisk paradigme: variasjon, seleksjon og retensjon. Den sentrale oppgaven er å få individer og organisasjoner til å variere eller gjøre endringer i miljøbevarende retning, organisere mekanismer som selekterer de miljøbevarende variantene, og sørge for retensjon eller at endringene opprettholdes over tid. Et vesentlig spørsmål, som i stor grad er av politisk art, er hvilke varianter som skal selekteres på de ulike analysenivåene.

ET ANNERLEDES ORGANISERT SAMFUNN

Når vi hører de fleste politikere snakke om hvilke miljøvennlige tiltak som må til, aner vi et underliggende budskap, en forsikring, om at vi kan fortsette å leve omtrent som før, med mindre justeringer. Men er det realistisk hvis vi virkelig skal løse de store miljøproblemene vi står overfor? Stadig flere forskere hevder at det er nødvendig med radikale livsstilsendringer og økonomiske endringer i de velstående deler av verden (se f.eks. Stoddard et al., 2021; Wiedmann et al., 2020).

En viktig dimensjon ved Skinners tenkning er nettopp denne, utopiske om man vil: Et helt annerledes samfunn er nødvendig. Skinner anser vitenskapen som en potensiell forandringsaktør, fordi vitenskapen frembringer kunnskap om verden, og kunnskapen kan, når den ikke underkaster seg stat og næringsliv, være en sterk motkraft og støtte til de forandringer som er nødvendige. Skinner ser for seg den teoretiske muligheten av et samfunn basert på vitenskapelige prinsipper som gjør det mulig å realisere verdier som ikke-vold, forbruk og forurensning innenfor planetens tålegrenser. Å bygge en ny kultur kan være vårt eneste håp (Skinner, 1982, s. 12). Hans kjente bok *Walden 2* (Skinner, 1948) beskriver et slikt fremtidssamfunn i harmoni med naturen.

I den nevnte presentasjonen fra 1982 hintes det til muligheten til, og nødvendigheten av, å bygge en slik ny kultur hvor folk forbruker bare det de trenger, forurenser minimalt, og hvor livet, inkludert arbeidet, er utviklende og givende. Altså en bærekraftig og attraktiv levestil som baserer seg på forsterkningsbetingelser som er innrettet på en slik måte at kortsiktige konsekvenser er i harmoni med langsiktige mål (bærekraft). Et slikt samfunn er ifølge Skinner mulig å designe for forskere som kjenner til atferdsvitenskapelige prinsipper. Han antar at slike forsøk vil møte motstand både fra stat og næringsliv, så vel som fra deler av befolkningen som ikke vil ønske å endre livsstilen de har i dag. Skinners forslag til løsning, som han ikke virker særlig optimistisk til at vil fungere, er å etablere miljøer som følger de overordnede hensyn, og som arbeider for at disse verdiene skal spre seg, uten å basere seg på at stat og myndigheter skal være en del av løsningen. Han ser også en begrensning i at de som ønsker radikale forandringer, som regel har som strategi å jobbe opp mot stat og næringsliv for å få gjennomslag der. Han mener dette er urealistisk fordi det går imot statens og næringslivets interesser slik de selv oppfatter dem. Skinner er dessuten skeptisk til den typiske kommunikasjonsformen hos slike aktører, som heller forsøker å skremme folk ved å peke på hvor dystre fremtiden ser ut, fremfor å tilby gode alternativer.

Et spørsmål Skinner bare berører indirekte i artikkelen, er hva som vil skje når vår ikke-bærekraftige levestil har fått så store negative konsekvenser for naturen at det undergraver stabiliteten i samfunnet vårt. Det virker som

han ser for seg at vi på sikt har to alternativer: enten skape et bærekraftig samfunn, som innebærer radikale endringer, eller fortsette omtrent som før, med en reell fare på sikt for at vår art forsvinner.

AVSLUTNING

Skinner's artikkel er fortsatt aktuell, ikke minst i lys av den miljømessige utviklingen etter at den ble skrevet. Slik vi ser det, er det mye dagens klimaengasjerte psykologer kan la seg inspirere av. Det er etter vår mening viktigere enn noen gang å være engasjert i de største samfunnsmessige utfordringene vi står overfor. Psykologisk kunnskap kan ha en viktig rolle når det gjelder å belyse årsaker, hvilke faktorer som virker opprettholdende på destruktiv atferd, og hva som kan være mulige løsninger og endringsagenter. Skinner's «big picture»-perspektiv, hvor stat/myndigheter og næringsliv har en plass i analysen, og fraværet av naivitet når det gjelder hva disse aktørene har som primære hensyn, er viktig og interessant å videreføre. Det samme gjelder visjonen om et samfunn organisert på en annen måte, med bærekraft, menneskelig (fremfor økonomisk) vekst og fred som overordnede hensyn. Fokuset på handling, ytre betingelser og konkrete tiltak samt prinsippene for iverksettelse av slike tiltak, utgjør en nyttig ramme for forslag til hvordan man bygger et mer miljøvennlig samfunn. Her er nok av utfordringer for psykologer fremover. ✖



Et helt annerledes samfunn er nødvendig

REFERANSER

- Dammann, E. (1972). *Fremtiden i våre hender*. Gyldendal.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Farrar, Straus and Giroux.
- Meadows, D. H., Meadows, D. L., Randers, J. & Behrens III, W. W. (1972). *The Limits to Growth*. Universe Books.
- Skinner, B. F. (1948). *Walden Two*. Hackett.
- Skinner, B. F. (1953/1957). *Science and Human Behavior*. Macmillan.
- Skinner, B. F. (1982). *Why we are not acting to save the world*. Paper presented: American Psychological Association.
- Skinner, B. F. (1987). Why we are not acting to save the world. I B. F. Skinner's *Upon further reflection* (s. 1–14). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Slåttå, L. S. (2022). Den økologiske krisen i psykologien. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(8), 720–725.
- Stoddard, I., Anderson, K., Capstick, S., Carton, W., Depledge, J., Facer, K., Gough, C., Hache, F., Hoolohan, C., Hultman, M., Hällström, N., Kartha, S., Klinsky, S., Kuchler, M., Lövbrand, E., Nasiritousi, N., Newell, P., Peters, G. P., Sokona, Y., ... Williams, M. (2021). Three decades of climate Mitigation: Why haven't we bent the global emissions curve? *Annual. Review of Environment and Resources*, 46(1), 653–689. <https://doi.org/10.1146/annurev-environ-012220-011104>
- Svartdal, F. & Løkke, J. A. (2022). The ABC of academic procrastination: Functional analysis of a detrimental habit. *Frontiers in Psychology*, 13, 1019261. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1019261>
- Tirch, D., Silberstein, L. R. & Kolts, R. L. (2016). *Buddhist Psychology and Cognitive-Behavioral Therapy. A Clinician's Guide*. The Guilford Press.
- Wiedmann, T., Lenzen, M., Keyßer, L. T. & Steinberger, J. K. (2020). Scientists' warning on affluence. *Nature Communications*, 11(1), 3107. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-16941-y>

TEORETISK ARTIKKELTIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2023 VOL. 60 NR. 03 S. 142-150 DOI: <https://doi.org/10.52734/z236YHd9>

Behandlingsmetoders rolle i evidensbasert psykologisk praksis

Andreas Høstmælingen

Sammendrag

I 1995 ga den amerikanske psykologforeningens rapport om empirisk støttede behandlingsmetoder (EST) medvind til forståelsen om at evidensbasert praksis handler om å matche behandlingsmetode med diagnose. Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP), som delvis ble utviklet som respons på denne forståelsen, beskriver et bredere grunnlag for god praksis. Men EBPP gir ikke klare svar på hvilken betydning og rolle behandlingsmetodene har i utøvelsen av evidensbasert praksis. Spørsmålet blir fortsatt debattert, og svaret har betydning for hvordan vi innretter tjenester for mennesker med psykiske plager og lidelser. Målet med artikkelen er å utforske hvordan klinikere kan forholde seg til valg av behandlingsmetode i EBPP. Selv om ulike behandlingsmetoder ofte viser seg å fungere like godt, bør det likevel foreligge effektforskning om metodens virkning før man gjør den til en del av et tjenestetilbud. Samtidig er det usikkerhet om hva som er virksomme elementer i psykoterapi, og det er utfordringer med klassifikasjon av psykiske lidelser. Individuell tilpasning står derfor sentralt i EBPP og en implikasjon av dette er at EBPP bør forstås som hypotesebasert utprøving av metoder sammen med pasienten.

Nøkkelord: diagnoser, psykoterapi, behandlingsmetoder, evidensbasert praksis

Nasjonalt utviklings-
senter for barn og
unge (NUBU)

KONTAKT

a.t.hostmalingen@
nubu.no

MERKNAD

Forfatteren oppgir
ingen interesse-
konflikter

FAGFELLEVDERT

I 2007 fikk norske psykologer en ny definisjon av evidensbasert psykologisk praksis (EBPP): «integringen av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål» (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, s. 273; Norsk psykologforening, 2007, s. 1127). Den ga et bredere og mer komplisert utgangspunkt for å vurdere hva som er god praksis. Før hadde forståelsen av evidensbasert praksis blitt dominert av rapporten *Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments* (Division 12 Task Force, 1995) og de to påfølgende oppdateringene (Chambless et al., 1996; Chambless et al., 1998). Rapportene dokumenterte hvilke behandlingsmetoder som hadde effekt på spesifikke psykiske lidelser (f.eks. kognitiv atferdsterapi for panikk lidelse), og disse kunne dermed beskrives som «empirisk støttede behandlingsmetoder» (EST; Satterfield et al., 2009). Rapportene bidro til forståelsen av at evidensbasert praksis handlet om å tilby den behandlingsmetoden som hadde best empirisk støtte for pasientens diagnose, og rapportene ble raskt brukt som et grunnlag for offentlig og private tjenestetilbydere i beslutninger om hvilken behandling som skulle tilbys og finansieres (Norcross et al., 2006). Det førte til en «ildstorm» av kritikk mot grunnlaget denne evidensforståelsen hviler på (Levitt et al., 2005). Ett premiss som har skapt mye debatt, er antagelsen om at det er behandlingsmetoden som skaper endring, og at fellesfaktorer som allianse, relasjon og generelle terapeutferdigheter er underordnet. Et annet debattert premiss er antagelsen om at man kan utvikle behandlingsmetoder for spesifikke psykopatologier. Dette plasserer psykiske lidelser innenfor rammene av en medisinsk sykdomsforståelse (Wampold & Imel, 2015), der sykdom ses som forårsaket av spesifikke problemer som krever behandling spesielt utviklet for det problemet (Hyland, 2011).

Behovet for et mer nyansert evidensbegrep som favnet kompleksiteten i både behandlings- og lidelsesforståelse førte til nedsettelsen av en gruppe som jobbet fram et nytt rammeverk og en ny definisjon av evidensbasert praksis (Rønnestad, 2009). Der EST tok utgangspunkt i en behandlingsmetode og spurte hvilke lidelser den virker for, tok EBPP utgangspunkt i pasienten og spurte hvilke kunnskapskilder som kan hjelpe behandleren i å oppnå best mulig utfall i hvert enkelt tilfelle (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Men når man skal integrere ulike kunnskapskilder er utfordringene mange. For eksempel kan ulike forskningskilder gi motstridende svar, forskningen kan gå på tvers av pasien-

tens ønsker og behov, eller behandlingsapparatet kan mangle nødvendige ressurser eller ferdigheter for å levere det forskning og pasienten ønsker. Kunnskapsgrunnlaget i EBPP gir ikke klinikerer klare svar på hva som skal gjøres (Haynes et al., 2002). Kjernen i EBPP handler derfor om selve prosessen, hvor behandler og pasient gjennom å veie de ulike elementene opp mot hverandre bestemmer hva som er det riktige å gjøre (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Formålet med artikkelen er å utforske hvordan klinikerer kan gjøre gode valg av behandlingsmetode innenfor rammene av EBPP. Jeg vil først drøfte noen teoretiske forutsetninger og argumentere for at spørsmålet om effekten av tiltak står sentralt i EBPP. Deretter vil jeg diskutere hvordan manglende kunnskap om psykoterapiens virksomme elementer, og utfordringer i å danne gode klassifikasjonssystemer for psykiske lidelser, gjør det vanskelig å etablere kunnskap om hva som har effekt. Jeg argumenterer for at usikkerhet om virksomme elementer og klassifikasjon fører til at individuell tilpasning står sentralt i EBPP, og at implikasjonen er at EBPP bør konseptualiseres som en hypotesebasert utprøving av metoder sammen med pasienten.

Teoretisk grunnlag for EBPP

I 1870-årene skilte psykologien lag fra filosofien, inspirert av ideen om at naturvitenskap og objektiv laboratorieforskning kunne fortrenge religionens dominans over sinn og ånd (Nilsen, 2014). Psykologi vokste raskt til en stor kunnskapsbase, men manglet overordnede teorier som kunne binde verdifulle enkeltresultater sammen (Schjelderup, 1927). I andre vitenskapelige disipliner kan teorier ofte kombineres og plasseres inn i overordnede forklaringsmodeller. Teoriens rolle blir da å beskrive lovmessige forhold mellom allerede påviste fenomener (Spence, 1944). Men psykologiens tenkere formulerte aldri teorier som kunne integreres til en sammenhengende helhet (Koch, 1993). I stedet vokste det fram biologiske, kognitive, psykodynamiske, behavioristiske, humanistiske og sosiokulturelle retninger som ga ulike og ofte uforenelige forklaringer på spørsmålene om hva som driver menneskers tanker, følelser og atferd (Grennes, 2009). Ingen har vist at noen av teoriene er mer gyldige enn andre, eller har forent dem under en felles teoretisk overbygning (Alexander & Shelton, 2014; Hillix & L'Abate, 2012; Melchert, 2016). Som vitenskap ble psykologien en nokså løs sammenfatning av studier og teorier snarere enn et enhetlig fag (Saugstad, 2009).

Mangelen på teoretisk enhet reflekteres også i mangfoldet av behandlingstilnæringer i den kli-

niske psykologien. De fleste behandlingsmetoder er forankret i en eller flere grunnlagsteorier som gir ulike svar på spørsmålet om hva som utløser og opprettholder psykiske lidelser (Alexander & Shelton, 2014; Sauer-Zavala et al., 2016). For eksempel legger humanistisk-eksistensiell teori til grunn at mennesker fundamentalt sett er motivert av selvaktualisering, og at psykiske problemer utvikler seg når livshendelser og relasjonserfaringer skaper et gap mellom den man opplever at man er, og den man burde vært (Maslow, 1962). Uavhengig av problem vil terapi i dette perspektivet handle om å skape en helende kontekst og relasjon som gjør pasienten bedre i stand til å skape personlige vekst (Rogers, 1951). I psykodynamisk teori forstår man psykiske lidelser som uttrykk for at sunne følelser som sinne eller seksuell lyst utløser negative følelser som angst, skam og selvbebreidelse, og at en utvikler forsvarsmekanismer for å unngå indre konflikt (McCullough et al., 2003). Dette konflikttriangelet (sunne følelser → negative følelser → forsvarsmekanismer; Malan, 1979) utgjør et universelt rammeverk for psykodynamisk terapi (McCullough et al., 2003). Uavhengig av hvilke konkrete problemer pasienten presenterer, vil terapi handle om å identifisere og håndtere forsvarsmekanismer, å oppleve følelser uten medfølgende negative følelser, å forbedre kvaliteten på relasjoner med andre og å oppnå mer positive følelser om seg selv (McCullough et al., 2003).

Når man anvender en «behandlingsmetode» i psykoterapeutisk forstand, bruker man altså teori til å lage en fortelling om hva pasientens problemer handler om, for så å benytte problemløsningsstrategier som er i tråd med teorien (Truscott, 2010). Ved å velge en behandlingsmetode gir man med andre ord indirekte støtte til en teoretisk forklaringsmodell om hva som utløser og opprettholder psykiske lidelser, og skyver andre teorier i bakgrunnen (Allport, 1961). Dette kan være en grunn til at spørsmålet om valg av behandlingsmetoder har utløst uforsonlige «kulturkriger» i psykoterapiforskningen (Norcross et al., 2006; Ryum & Halvorsen, 2014). William James foreslo i 1907 en inngang til å mekle mellom teorier som gir motstridende svar om hva som er sant. Med *pragmatisme* (James, 1907/2012) utfordret han tanken om at det eksisterte en objektiv sannhet om menneskers psyke som lå omsluttet av mørke og ventet på at den rette teoretiske lyskasteren skulle avdekke den. I stedet for å prøve å bevise at noe var objektivt sant, burde man heller vise til om det var nyttig: «Ideer blir sanne idet de hjelper oss å håndtere virkeligheten» (James, 1907/2012, s. 28, min oversettelse). Videre mente James at kriteriet for å bedømme om noe er sant, burde vurderes ut fra konsekvensene av å

velge det ene foran det andre: «Hvis det ikke er mulig å spore noen forskjell mellom de ulike alternativene, betyr de i praksis det samme, og all konflikt vil være fånýttes» (James, 1907/2012, s. 22, min oversettelse). I et pragmatisk perspektiv kan man fokusere mindre på om humanistisk eller psykodynamisk teori gir det sanne svaret om utvikling av psykopatologi, og heller legge arbeid i å avdekke om metodene som er avledet av teoriene, fungerer for folk.

Klinisk psykologi opererer altså med flere og ulike universelle forklaringsmodeller for psykiske lidelser, og ingen av dem kan vise til å være mer valide enn andre (Melchert, 2016). Da blir valg av behandlingsmetoder basert på teori mer et spørsmål om forankring i fortolkningstradisjon enn vitenskapelig fundament: Teoriene fungerer som et grunnlag for å forstå og tolke pasienters problemer, men ingen av dem kan påstås å være mer objektivt sanne enn andre. Grunnlagsrapporten for EBPP tar ikke stilling til spørsmål om psykologiske teorier. I stedet stadfester den at formålet med evidensbasert praksis er å fremme *effektiv* psykologisk praksis gjennom å lære *hva som virker for hvem* (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Dette kan forstås som *ny-pragmatisme*, hvor man legger til grunn at hovedoppgaven til den psykologiske vitenskapen er å dokumentere hvilke praksiser som produserer ønskede resultater, framfor å identifisere universelle sannheter (Messer & Wachtel, 2009). I likhet med EST er altså spørsmålet om hva som «virker», grunnleggende i EBPP. Når EBPP allikevel har dreid fokuset vekk fra spørsmålet om hvilke behandlingsmetoder som virker for spesifikke lidelser, handler det i stor grad om utfordringene som oppstår når en skal studere effekt av behandling.

Virkning, effekt og evidensbasert praksis

Spørsmålet om hva som virker for noe, blir ofte formulert som et spørsmål om effekt. Effekt handler om å avdekke årsakssammenhenger og hvilke forutsetninger som må være til stede for at vi kan si at noe (f.eks. behandling) forårsaker noe annet (f.eks. mindre sykdom / bedre helse). For å kunne snakke om virkning må noen forutsetninger være på plass. Man må kunne beskrive hva det er som forårsaker endring, og man må kunne beskrive hva det er som endres.

Spørsmålet om hva som skaper effekt, blir raskt komplisert selv for enkle årsakssammenhenger. En tent fyrstikk forårsaker brann. Men den kan ikke bli en årsak om den mangler et lag av hjelpende faktorer som gjør det mulig å skape effekten (oksygen, brennbar materiale). Oksygen og brennbar materiale kan ikke

lage brann uten tennmiddelet. Derfor er fyrstikken en nødvendig, men ikke tilstrekkelig årsak til brann. Fyrstikken sammen med et støttende lag av andre faktorer kan altså skape en effekt, men det finnes også andre mulige årsaker med sine egne lag av støttende faktorer som kan føre til brann (f.eks. elektrisk kortslutning). Hvis vi trekker en parallell til årsaker i klinisk psykologi, kan flere ulike behandlingsmetoder skape endring for de samme problemene gitt at visse støttefaktorer er til stede. Imidlertid blir spørsmålet om effekt mye mer komplisert å svare på fordi man verken har kontroll på hva problemene man behandler egentlig er, eller hvilke støttefaktorer som er nødvendige for at behandlingen skal kunne virke.

Effekt av behandling

Når man snakker om effekt i klinisk psykologi, handler det ofte om antagelsen at psykoterapi er årsaken til at noe endrer seg. En forutsetning for denne antagelsen er at konteksten rundt behandlingssituasjonen gjør det mulig å «hente ut» det behandlingen forsøker å oppnå. For eksempel vil psykoterapi som fokuserer på å skape bedre relasjoner, være avhengig av at pasienten har nære andre i livet sitt. Tilsvarende er man avhengig av at pasientene har økonomi og levevilkår til å sette av tid og krefter til å jobbe terapeutisk med å skape endring. Med andre ord trenger man ofte å ha på plass noen fundamentale kontekstuelle støttefaktorer om psykoterapeutisk behandling skal ha mulighet til å gi effekt (Cartwright & Hardie, 2012). I tillegg består selve behandlingen både av strategier og teknikker som er spesifikke for en definert behandlingsmetode, og av faktorer som all god behandling har til felles, som allianse, uttrykt empati og systematisk feedback (Cuijpers et al., 2019). Selv om det er uenighet om bedring i psykoterapi primært kan tilskrives metode (Barlow, 2004) eller fellesfaktorer (Wampold, 2015), er man stort sett enige om at begge deler er nødvendige ingredienser (Mulder et al., 2017). Imidlertid har ikke forskningen klart å svare på hvordan fellesfaktorer og metodefaktorer hver for seg bidrar til at psykoterapi virker (Cuijpers et al., 2019). I alle spørsmål om virkning av behandling vil man med andre ord ha et tolkningsproblem om man finner en effekt: Du kan ikke være sikker på om det er metoden eller fellesfaktorer som bidro til effekten, og du kan heller ikke være sikker på hvilket lag av støttefaktorer som var nødvendige for å sikre at behandlingseffekten skulle komme til uttrykk (Cartwright & Hardie, 2012; Shadish et al., 2002). Selv om man statistisk sett kan vise at en behandling har effekt, kan vi ikke vite konkret hvilke deler av behandlingen eller konteksten rundt som faktisk skapte endringen.

Effekt på psykiske lidelser

For å kunne svare på spørsmålet om hvorvidt behandling virker forutsetter det at det finnes problemer som den virker for. Hvis man for eksempel prøver å vise at behandling virker for fenomenet vi kaller «depresjon», må man anta at symptomene – selv om de kan variere noe fra pasient til pasient – forårsakes av underliggende mekanismer som oppfører seg omtrent på samme måte hos alle som har symptomene (Rawlins, 2008). Dette er i tråd med en medisinsk modell for sykdomsforståelse, hvor man antar at observerbare eller selvrapporterte problemer skyldes en underliggende tilstand, og at det er denne tilstanden som blir påvirket av behandling (Hyland, 2011). Når man innenfor EST har forsøkt å finne ut hvilke metoder som virker for ulike lidelser, baserer man seg på en slik grunnleggende sykdomsforståelse (Wampold & Imel, 2015). Imidlertid bryter de aller fleste psykiske lidelser med dette premisset, og det har ikke vært mulig å identifisere underliggende årsaker for psykiske lidelser basert på diagnostisk klassifikasjon (Bentall, 2004; Kendler et al., 2011). Når symptomene ikke kan knyttes til en underliggende årsak, betyr det at det i hvert enkelt tilfelle kan være mange mulige grunner til at man opplever dem (Kendler et al., 2011). Når en behandling viser seg å ha effekt for visse typer diagnoser, kan vi dermed anta at vi har gjort noe som skaper symptomlette, men når det gjelder årsakene til at symptomene oppstår og opprettholdes, vet vi ikke helt *hva* vi har behandlet, og *hva* behandlingen har virket *for*.

Hvis man forsøker å basere metodevalg på empirisk kunnskap om hva som virker, har man altså store problemer med å tolke slike funn, siden vi ikke er i stand til å klart definere verken hva det er som virker (behandlingen), eller hva det virker på (lidelsen). Så hvordan kan klinikerne da legge til rette for at man velger behandlingsmetoder som er i tråd med EBPP? I det følgende vil jeg presentere og diskutere noen forslag.

Behandlingsmetoders rolle i EBPP

Over 40 år med effektforskning indikerer at psykoterapi basert på et bredt spekter av ulike teorier virker for et bredt spekter av ulike lidelser (Barkham & Lambert, 2021). Selv om vi ikke kan si hva i psykoterapien som virker, eller spesifikt hva det virker på, så kan vi med rimelig sikkerhet si at psykoterapi virker for noe. Forskningen har også vist at det er minimale forskjeller i virkningen av ulike psykoterapeutiske metoder (Barkham & Lambert, 2021; Wampold & Imel, 2015). Dette kan være et argument for at man verken trenger å være opptatt av metode eller problemklassifi-

kasjon, og at «alle former for psykoterapi er like gode hvis de utføres på en kompetent måte» (Rosenzweig, 1936, s. 413, min oversettelse). Evidensbasert praksis ville da primært handlet om å identifisere hva som gjør en terapeut kompetent, og øve inn slike ferdigheter. For eksempel kan behovet for å oppleve en tillitsfull relasjon til hjelperen være et universelt behov uavhengig av problem eller symptom. Det samme kan gjelde behovet for å erfare mestring og positive følelser som kan skape håp om at endring er mulig, og motivasjon til å jobbe mot det. Eller behovet for å ha en trygg arena for å øve på det som må endres (Frank & Frank, 1991). Hvis en terapeut skaper en empatisk tillitsfull *relasjon*, håp og *positive forventninger* om at behandlingen vil bidra til endring, og tilbyr *spesifikke strategier eller handlinger* for å bryte dysfunksjonelle tanke-, følelses- eller atferdsmønstre, vil altså psykoterapi være virksom (Wampold & Imel, 2015). Disse elementene omtales som *fellesfaktorer*: aspekter som uavhengig av teoretisk og metodisk orientering er sentrale for å skape bedring i all psykoterapi (Wampold, 2015). Noen fellesfaktorer handler om egenskaper eller ferdigheter som ikke er direkte knyttet til behandlingsmetode, slik som interpersonlige ferdigheter (Anderson et al., 2009), allianse (Flückiger et al., 2018), empati (Elliot et al., 2018) eller ubetinget positiv anerkjennelse (Farber et al., 2018). Men det er også verdt å legge merke til at fellesfaktormodeller beskriver eksplisitt at det er nødvendig å bruke en terapeutisk metode som innebærer spesifiserte terapeutiske strategier eller handlinger (Mulder et al., 2017). Uten kunnskap om og trening i en metode er det vanskelig å se for seg at terapeuten konsekvent kan tilby en forklaringsmodell (det vil si teori) for pasientens problem som kan danne grunnlag for en felles forståelse av hva man skal jobbe med, og følgelig bidra til håp og positive forventninger om endring. Og uten trening i en eller flere metoder kan man vanskelig foreslå konkrete fremgangsmåter for å løse problemene, i henhold til forklaringsmodellene man legger til grunn. En sentral pilar i EBPP er altså at terapeuter i tillegg til å tilegne seg generelle terapeutiske ferdigheter også må lære seg en (eller flere) behandlingsmetode(r).

Metodens innvirkning på problemer

Man kan betrakte hvordan ulike psykoterapeutiske behandlingsmetoder virker, som strategier der en utnytter den allmennmenneskelige egenskapen et subjektivt opplevd «selv» har til å gjenkjenne, forstå og endre andre aspekter av seg selv. For å kunne observere sine egne tanker og følelser har mennesker også en opplevelse av et ikke-reduserbart selv som fore-

tar denne observasjonen (Skjervheim, 1976). Et fellestrekk ved flere terapeutiske metoder er bruken av teoretiske konsepter for å hjelpe pasienter til å skille dysfunksjonelle tanker, følelser og atferd fra de sunne, og deretter endre dem. For eksempel bruker metakognitiv terapi (MCT) «metatanker» som en inngang til å kontrollere og styre andre dysfunksjonelle tanker (Nordahl, 2014). I aksept- og forpliktelsesterapi (ACT) bruker man konseptet «kognitiv fusjon» for å belyse hvordan man kan få problemer med å skille mellom opplevelsen av følelser versus det å vurdere hvor sann denne faktisk er (Holden & Lenndin, 2014). I mentaliseringsbasert terapi (MBT) bruker man konseptet «psykisk ekvivalens» for å belyse hvordan pasientens opplevelse av verden rundt ikke nødvendigvis er det samme som hvordan den faktisk oppfører seg (Skårderud & Sommerfeldt, 2014). Ved å bruke en psykologisk behandlingsmetode tolker altså terapeuten pasientens problemer ved å bruke de teoretiske konseptene knyttet til metoden, og slike tolkninger fungerer som et skjema som bidrar til at pasienten kan organisere og forstå sine problemer (Hoffart, 1997; Rosenzweig, 1936). Et slikt skjema kan videre ses som en av flere måter å formulere en problemforståelse på, hvor alle alternativene inneholder ulike, men likevel potensielt nyttige innganger til å nøste i de komplekse psykologiske fenomenene som skal behandles (Rosenzweig, 1936). Grunnen til at ulike skjemaer kan være likeverdige innganger, kan forstås i lys av at psykiske lidelser som regel består av mange forskjellige problemer, og at disse igjen påvirker og opprettholder hverandre i gjensidig forsterkende nettverk (Borsboom & Cramer, 2013). For eksempel kan søvnproblemer bidra til redusert konsentrasjon og kognitiv fungering, mens grubling og bekymring kan føre til søvnproblemer (Fried & Nesse, 2015). At symptomer påvirker hverandre gjensidig, kan forklare at mellom 73,8 % og 98,2 % av pasienter som har en psykisk lidelse, også har minst en annen (Gadermann et al., 2012), og at det å ha en psykisk diagnose på ett tidspunkt medfører en risiko for å få andre på et senere tidspunkt (Plana-Ripoll et al., 2019). Videre kan det bety at hvis man klarer å påvirke noen symptomer i positiv retning, vil det kunne skape positive ringvirkninger også for andre symptomer som den spesifikke behandlingen *ikke* direkte adresserer. Det vil da spille liten rolle om behandlingen kommer fra «høyre eller venstre, topp eller bunn, siden en endring for hele systemet vil komme uavhengig av hvilket punkt man angriper fra» (Rosenzweig, 1936, s. 414, min oversettelse). En terapeutisk problemformulering trenger derfor ikke være fullstendig dekkende for totaliteten av vansker pasienten presenterer for å være effektiv (Rosenzweig, 1936). Dette understøttes

av nyere forskning, som indikerer at ulike behandlingsmetoder kan ha direkte og indirekte effekter på spesifikke symptomer, og at en bedring i visse typer problemer kan føre til en etterfølgende bedring i andre (Boschloo et al., 2019). Selv om behandlingsmetoder er teoretisk og metodisk ulike, kan de altså ende med å skape omtrent like gode resultater (Boschloo et al., 2019; Dunlop et al., 2018; Stewart & Harkness, 2012).

I et slikt perspektiv er det sentrale for klinikerer at metodens teoretiske forklaringsmodeller og spesifikke strategier gir en inngang for pasienten til å identifisere, forstå og adressere sentrale deler av sitt problemkompleks.

Metodevalg basert på effektforskning

Prinsipperklæringen om evidensbasert praksis legges til grunn at EBPP må ta utgangspunkt i den beste tilgjengelige forskningen (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). På hvilken måte spiller da forskningen inn i valg av metode? Hvis det ikke er så viktig hvilken metode man velger, kan en terapeut velge hvilken som helst av behandlingsformene de liker, og samtidig drive evidensbasert praksis? Et sentralt poeng her er at for å kunne bli ansett som en behandlingsmetode må den som et minimum inkludere en teoretisk modell som forklarer hvordan psykiske lidelser fungerer, og den må beskrive terapeutiske handlinger som samsvarer med en slik forklaring (Wampold et al., 1997; Wampold et al., 2010). Effekstudier viser at slike behandlingsmetoder nesten alltid har en virkning sammenlignet med ingen behandling (Wampold & Imel, 2015). Dette betyr at metoder bør kunne vise til effekt på gruppenivå, noe som kan fungere som en nedre grense for at terapeuter og tjenester skal kunne ta en behandlingsmetode inn i tilbudet sitt. Til tross for at effekstudier ikke gir grunnlag for å konkludere med hva det er i behandlingen som virker, eller akkurat hva den virker for, gir studiene like fullt en robust indikasjon på om metoden skaper bedring. Behandlingsmetoder som ikke klarer å vise til effekt på gruppenivå i effekstudier, vil da antageligvis ikke være hjelpsomme, eller i verste fall skadelige. En implikasjon er at effekstudier bør ligge til grunn før man tar endelige beslutninger om å gjøre spesifikke behandlingsmetoder til en fast del av et tjenestetilbud.

En forutsetning for å gjøre effekstudier er at man prøver ut virkningen av metoden for spesifikke typer problemer, og her er diagnostikk relevant. Selv om man ikke kan si at diagnosene er uttrykk for valide sykdomskategorier, er de fortsatt konkrete beskrivelser av psykiske plager, og forskning på metoders virkning er oftest utført opp mot disse beskrivelsene. Ved

å gjøre diagnostiske utredninger kan man konsultere forskningen og finne ut av hvilke behandlingsmetoder som har virket for folk med lignende symptomer. Selv om man ikke kan si at metoden kurerer spesifikke diagnoser, har man likevel kunnskap til å si at visse typer behandlingsmetoder har vist seg virksomme for mennesker med lignende plager. På denne måten kan effektforskning og diagnostikk bidra til å snevre inn de behandlingsmetoder det kan være verdt å gjøre til en del av et behandlingstilbud.

Hypotesebasert metodeutprøving

Effekstudier viser at mange behandlingsmetoder er virksomme på gruppenivå, men det er også mange pasienter som *ikke* oppnår varig bedring. For eksempel viser studier at for behandling som statistisk sett har effekt, vil likevel 50 % av pasientene ikke bli bedre (Craighead & Dunlop, 2014; Cuijpers et al., 2021). Effekt på gruppenivå betyr at behandlingen virker for mange, men langt fra alle. Selv om en gitt metode (f.eks. MBT) har vist seg å ha effekt på en lidelse (f.eks. personlighetsforstyrrelse; PF), gir det ikke grunnlag for å slutte at *alle* som har PF, må få MBT. Siden man ikke helt vet hvilke mekanismer som bidrar til endring, og at det kan være relativt ulike problemer som skjuler seg bak diagnosekategoriene, kan man ikke vite om den neste pasienten, vil ha nytte av behandlingen eller ikke. Derfor betinger EBPP at en tilpasser behandlingen til de forutsetningene, preferansene og målene som pasienten har (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Et sentralt grunnlag for bruk av en behandlingsmetode handler derfor om hvordan man går fram i et behandlingsforløp for å vurdere hvorvidt metoden man anvender, faktisk er nyttig for den enkelte pasient. Hvis man antar at behandlingsmetoden virker som et mentalt skjema for problemforståelse med tilhørende strategier for problemløsning, er det en forutsetning for virkning at pasienten forstår, aksepterer og opplever metoden som meningsfull for sine problemer (Wampold & Imel, 2015). Terapeutens evne til å gjøre rede for og forklare rasjonale for behandlingen på en overbevisende måte er derfor en sentral terapeutisk ferdighet (Anderson et al., 2009). Når pasienter som har blitt eksponert for en behandlingsmetode, vurderer den som logisk, passende og effektiv, får de også bedre utbytte av terapien (Constantino et al., 2018). I tillegg vil behandlingsmetodens forklaringsmodell for psykiske lidelser være sentral når en skal formulere konkrete mål for behandlingen. En viktig forutsetning for å få utbytte av behandling er at pasienten er enig i hvilke mål man skal jobbe mot (Tryon et al., 2018). Dette indikerer at

man bør ha jevnlig dialog med pasienten om hvordan de vurderer rasjonalet for behandlingsmetoden, for å etablere en felles forståelse av hvorvidt premissene i behandlingen gir mening for pasienten (Constantino et al., 2018; Hoffart, 2003).

Innenfor det teoretiske rammeverket til en behandlingsmetode finnes det som regel mange muligheter for å tilpasse metoden til pasientens personlige verdenssyn (Truscott, 2010). Men det kan også være at pasienten rett og slett ikke opplever metodens forklaringsmodeller som meningsfylte, hvor forsøk på slik tilpasning blir fremmedgjørende (Flaaten, 2021). Da vil det å gå videre med konkrete terapeutiske handlinger neppe være til nytte, selv om de presenteres på en god måte innenfor det teoretiske rammeverket. Dette understøttes av studier som viser at pasienter har mindre frafall og bedre utfall når de får behandlingsmetoder de har uttrykt preferanse for (Swift et al., 2018).

Den gjensidige påvirkningen mellom psykiske symptomer vil innebære at mange forskjellige metoder kan fungere for ulike plager. For eksempel har 16 forskjellige behandlingsmetoder med ulikt teoretisk grunnlag forskningsmessig belegg for at de har effekt på depresjon (Division 12 of the American Psychological Association, 2021). Samtidig er man avhengig av at rasjonalet for metoden faktisk hjelper pasienten til å forstå og begynne prosessen mot å håndtere sitt problemkompleks. Dette vet man ofte ikke før man er i gang med behandling. En implikasjon her kan være at psykologisk behandling bør konseptualiseres mer som hypotesebasert utprøving av en metode sammen med en pasient, hvor en initiell utprøving av metoden i større grad må anses som en del av en utredningsfase.

Oppsummering

Evidensbasert praksis defineres som «integreringen av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål» (Norsk psykologforening, 2007, s. 1127). Jeg har fokusert på bruken av behandlingsmetoder innenfor definisjonen, og konkludert med at bruken av en eller flere behandlingsmetoder er en forutsetning for å drive evidensbasert praksis. Jeg har videre konkludert med at forskning indikerer at ulike behandlingsmetoder ofte fungerer like godt, men at det bør foreligge effektforskning om metodens generelle virkning før man gjør det til en del av tjenestetilbudet. Videre har jeg lagt vekt på hvordan evidensbasert praksis i anvendelsen av behandlingsmetoder er avhengig av brukerens for-

ståelse og aksept, og at man trenger jevnlig dialog med pasienten om deres vurdering av behandlingsmetodens rasjonalet for å etablere en felles forståelse av hvorvidt premissene i behandlingen er gyldige for dem. Evidensbasert behandling bør derfor betraktes mer som en hypotesebasert utprøving av metoder hvor virkningen fortløpende evalueres sammen med pasienten, og hvor man må regne med pasientforløp som kan innebære gjentatte behandlingsforsøk med ulike behandlingsmetoder. ✘

Referanser

- Alexander, B. K. & Shelton, C. P. (2014). *A History of Psychology in Western Civilization*. Cambridge University Press.
- Allport, G. (1961). *Pattern and growth in personality*. Holt, Rinehart & Winston.
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology, 65*(7), 755–768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist, 61*(4), 271–285. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Barkham, M. & Lambert, M. J. (2021). The Efficacy and Effectiveness of Psychological Therapies. I M. Barkham, W. Lutz & L. G. Castonguay (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley.
- Barlow, D. H. (2004). Psychological Treatments. *American Psychologist, 59*(9), 869–878. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.9.869>
- Bentall, R. P. (2004). *Madness Explained. Psychosis and Human Nature*. Penguin Books.
- Borsboom, D. & Cramer, A. O. J. (2013). Network Analysis: An Integrative Approach to the Structure of Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 91–121. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608>
- Boschloo, L., Bekhuis, E., Weitz, E. S., Reijnders, M., DeRubeis, R. J., Dimidjian, S., Dunner, D. L., Dunlop, B. W., Hegerl, U., Hollon, S. D., Jarret, R. B., Kennedy, S. H., Miranda, J., Mohr, D. C., Simons, A. D., Parker, G., Petrak, F., Herpertz, S., Quilty, L. C., Rush, A. J., Segal, Z. V., Vittengl, J. R., Schoevers, R. A. & Cuijpers, P. (2019). The symptom-specific efficacy of antidepressant medication vs. cognitive behavioral therapy in the treatment of depression: results from an individual patient data meta-analysis. *World Psychiatry, 18*(2), 183–191. <https://doi.org/10.1002/wps.20630>
- Cartwright, N. & Hardie, J. (2012). *Evidence-based Policy. A Practical Guide for Doing it Better*. Oxford University Press.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A. & Woody, S. R. (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist, 51*(1), 3–16.

- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Bennet Johnson, S., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S. R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D. A. & McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5–18.
- Constantino, M. J., Coyne, A. E., Boswell, J. F., Iles, B. R. & Vıslå, A. (2018). A Meta-Analysis of the Association Between Patients' Early Perception of Treatment Credibility and Their Posttreatment Outcomes. *Psychotherapy*, 55(4), 486–495. <https://doi.org/10.1037/pst0000168>
- Craighead, W. E. & Dunlop, B. W. (2014). Combination Psychotherapy and Antidepressant Medication Treatment for Depression: For Whom, When, and How. *Annual review of psychology*, 65, 267–300. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131653>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H. & Furukawa, T. A. (2021). The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144(3), 288–299. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/acps.13335>
- Cuijpers, P., Reijnders, M. & Huibers, M. J. H. (2019). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 207–231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- Division 12 of the American Psychological Association. (2021). *Psychological Treatments*. Hentet 13. april fra <https://div12.org/diagnosis/depression/>
- Division 12 Task Force. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3–23.
- Dunlop, B. W., Cole, S. P., Nemeroff, C. B., Mayberg, H. S. & Craighead, W. E. (2018). Differential change on depressive symptom factors with antidepressant medication and cognitive behavior therapy for major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 229, 111–119. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.035>
- Elliot, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399–410. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Farber, B. A., Suzuki, J. Y. & Lynch, D. A. (2018). Positive Regard and Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review. *Psychotherapy*, 55(4), 411–423. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/pst0000171>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Flaaten, C. B. (2021). Ett år med ISTDP – en bekymringsmelding. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(6), 510–512.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy* (3. utg.). Johns Hopkins University Press.
- Fried, E. I. & Nesse, R. M. (2015). Depression sum-scores don't add up: why analyzing specific depression symptoms is essential. *BMC Medicine*, 13.
- Gadermann, A. M., Alonso, J. A., Vilgaut, G., Zaslavsky, A. M. & Kessler, R. C. (2012). Comorbidity and Disease Burden in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Depression and Anxiety*, 29(9), 797–806. <https://doi.org/10.1002/da.21924>
- Grennes, C. E. (2009). Paradigmer, skoleretninger eller ideologier? I S. E. Gullestad, B. Killingmo & S. Magnussen (Red.), *Klinikk og laboratorium. Psykologi i hundre år* (s. 99–113). Universitetsforlaget.
- Haynes, R. B., Devereaux, P. J. & Guyatt, G. H. (2002). Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *British Medical Journal*, 324(7350), 1350. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7350.1350>
- Hillix, W. A. & L'Abate, L. (2012). The Role of Paradigms in Science and Theory Construction. I L. L'Abate (Red.), *Paradigms in Theory Construction*. Springer Science.
- Hoffart, A. (1997). A Schema Model for Examining the Integrity of Psychotherapy: A Theoretical Contribution. *Psychotherapy Research*, 7(2), 127–143. <https://doi.org/10.1080/10503309712331331923>
- Hoffart, A. (2003). Intersubjektivitet i kognitiv terapi: En vurdering ut fra Skjervheim og Habermas sine teorier om kommunikasjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 40(6), 475–488.
- Holden, B. & Lenndin, J. (2014). Aksept- og forpliktelsesterapi. I L. E. O. Kennair & R. Hagen (Red.), *Psykoterapi. Tilnærming og metoder* (s. 165–180). Gyldendal Akademisk.
- Hyland, M. E. (2011). *The Origins of Health and Disease*. Cambridge University Press.
- James, W. (2012). *Pragmatism*. Renaissance Classics. (Opprinnelig utgitt 1907)
- Kendler, K. S., Zachar, P. & Craver, C. (2011). What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychological medicine*, 41(6), 1143–1150. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001844>
- Koch, S. (1993). "Psychology" or "The Psychological Studies"? *American Psychologist*, 48(8), 902–904. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.8.902>
- Levitt, H. M., Neimeyer, R. A. & Williams, D. C. (2005). Rules Versus Principles in Psychotherapy: Implications of the Quest for Universal Guidelines in the Movement for Empirically Supported Treatments. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(1), 117–129. <https://doi.org/10.1007/s10879-005-0807-3>
- Malan, D. H. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. Butterworth.
- Maslow, A. (1962). *Toward a Psychology of Being*. John Wiley and Sons.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J. & Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. Basic Books.
- Melchert, T. P. (2016). Leaving Behind Our Preparadigmatic Past: Professional Psychology as a Unified Clinical Science. *American Psychologist*, 71(6), 486–496. <https://doi.org/10.1037/a0040227>
- Messer, S. B. & Wachtel, P. L. (2009). The Contemporary Psychotherapeutic Landscape: Issues and Prospects. I P. L. Wachtel & S. B. Messer (Red.), *Theories of Psychotherapy. Origins and Evolution*. American Psychological Association.

- Mulder, R., Murray, G. & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. *Lancet Psychiatry*, 4(12), 953–962. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30100-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30100-1)
- Nilsen, H. (2014). Psykologene. I R. Slagstad & J. Messel (Red.), *Profesjonshistorier* (s. 450–471). Pax Forlag.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E. & Levant, R. F. (2006). *Evidence-Based Practices in Mental Health. Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. American Psychological Association.
- Nordahl, H. M. (2014). Metakognitiv terapi. I L. E. O. Kennair & R. Hagen (Red.), *Psykoterapi. Tilnærming og metoder* (s. 199–214). Gyldendal Akademisk.
- Norsk psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(9), 1127–1128.
- Plana-Ripoll, O., Pedersen, C. B., Holtz, Y., Benros, M. E., Dalsgaard, S., de Jonge, P., Fan, C. C., Degenhardt, L., Ganna, A., Greve, A. N., Gunn, J., Iburg, K. M., Kessing, L. V., Lee, B. K., Lim, C. C. W., Mors, O., Nordentoft, M., Prior, A., Roest, A. M., Saha, S., Schork, A., Scott, J. G., Scott, K. M., Stedman, T., Sørensen, H. J., Werge, T., Whiteford, H. A., Laursen, T. M., Agerbo, E., Kessler, R. C., Mortensen, P. B. & McGrath, J. J. (2019). Exploring Comorbidity Within Mental Disorders Among a Danish National Population. *JAMA Psychiatry*, 76(3), 259–270. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3658>
- Rawlins, M. (2008). De Testimonio: on the evidence for decisions about the use of therapeutic interventions. *Clinical Medicine*, 8(6), 579–588. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.8-6-579>
- Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy*. Riverside Press.
- Rosenzweig, S. (1936). Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412–415. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Ryum, T. & Halvorsen, J. Ø. (2014). Psykoterapiforskning. I L. E. O. Kennair & R. Hagen (Red.), *Psykoterapi. Tilnærming og metoder* (s. 25–48). Gyldendal Akademisk.
- Rønnestad, M. H. (2009). Evidensbasert psykologisk praksis. I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 39–61). Abstrakt forlag AS.
- Satterfield, J. M., Spring, B., Brownson, R. C., Mullen, E. J., Newhouse, R. P., Walker, B. B. & Whitlock, E. P. (2009). Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *Milbank Q*, 87(2), 368–390. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00561.x>
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R. & Barlow, D. H. (2016). Current Definitions of «Transdiagnostic» in Treatment Development: A Search for Consensus. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Saugstad, P. (2009). *Psykologiens historie* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Schjelderup, H. (1927). *Psykologi*. Gyldendal.
- Shadish, W. R., Cook, T. D. & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Houghton Mifflin Company.
- Skjervheim, H. (1976). Deltakar og tilskodar. I E. A. Wyller & A. Aarnes (Red.), *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Johan Grundt Tanums forlag.
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2014). Mentaliseringsasert terapi. I L. E. O. Kennair & R. Hagen (Red.), *Psykoterapi. Tilnærming og metoder* (s. 111–127). Gyldendal Akademisk.
- Spence, K. W. (1944). The nature of theory construction in contemporary psychology. *Psychological Review*, 51(1), 47–68. <https://doi.org/10.1037/h0060940>
- Stewart, J. G. & Harkness, K. L. (2012). Symptom specificity in the acute treatment of Major Depressive Disorder: A re-analysis of the treatment of depression collaborative research program. *Journal of Affective Disorders*, 137(1–3), 87–97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.015>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M. & Parkin, S. R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1924–1937. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jclp.22680>
- Truscott, D. (2010). *Becoming an Effective Psychotherapist. Adopting a Theory of Psychotherapy That's right for You and Your Client*. American Psychological Association.
- Tryon, G. S., Birch, S. E. & Verkuilen, J. (2018). Meta-Analyses of the Relation of Goal Consensus and Collaboration to Psychotherapy Outcome. *Psychotherapy*, 55(4), 372–383. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/pst0000170>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate. The Evidence for What Makes Psychotherapy Work* (2. utg.). Routledge.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Laska, K. M., Benish, S., Miller, S. D., Flückiger, C., Del Re, A. C., Baardseth, T. P. & Budge, S. (2010). Determining what works in the treatment of PTSD. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 923–933. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.005>
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H.-n. (1997). A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies: Empirically, «All Must Have Prizes». *Psychological Bulletin*, 122(3), 203–215. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>

Bedre samspill for småbarns-familier i barnevernet

Gjennomføring av relasjonsbaserte tiltak i barnevernet kan være et viktig steg for å verne om småbarn som har vært utsatt for omsorgssvikt.

Småbarn er spesielt utsatt for omsorgssvikt, likevel er det få solide tiltak i barnevernet som hjelper disse barna. Hans Bugge Bergsund undersøkte om det relasjonsbaserte tiltaket Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) for barn fra 6 til 24 måneder, er effektivt, og om det kan gjennomføres i barnevernet på en god måte.

HOVEDFUNN

De fleste foreldre og ansatte i barnevernet vurderte ABC som vellykket i å bedre samspillet mellom foreldre og barn. ABC baserer seg på hjemmebesøk til familien, hvor man blant annet viser og kommenterer videoer av samspillet mellom foreldrene og barnet. Videogjennomgangen ble trukket frem som spesielt nyttig. Tiltaket ser også ut til å styrke den terapeutiske relasjonen mellom barneversansatte og familiene. Foreslåtte forbedringer var utvidet varighet og et aldersspenn som gikk utover 6-24 måneder.

IMPLIKASJONER

Relasjonsbaserte tiltak som ABC kan være et effektivt verktøy i det norske barnevernet for barn som har vært utsatt for omsorgssvikt. For å sikre vellykket implementering i en spesiell kontekst er det viktig å undersøke gjennomførbarhet og etterlevelse før tiltaket rulles ut.

METODE

Forskningsspørsmålene ble adressert i en systematisk oversiktsartikkel, i kvalitative intervjuer med ansatte i barnevernet og familier som gjennomførte ABC, og gjennom kvantitative, longitudinelle undersøkelser som så på gjennomføringen av intervensjonen over tid.

FOTO: RÅUP ØST OG SØR



HANS BUGGE BERGSUND
Relationship-Based Interventions: Transportation of Attachment and Biobehavioral Catch-up to Norwegian Child Welfare Services

DISPUTAS 08.12.2022, UiO

Søvnbehandling og daglig fungering

Blåblokkert lys er ikke nok for å bedre søvn og fungering for sykepleiere som jobber kvelds- og nattevakter.

Søvnproblemer kan bidra til svekket fungering både hjemme og på jobb. Kognitiv atferdsterapi eller lys- og mørketerapi kan være effektive tiltak for å bedre søvnen. Kaia Kjørstad undersøkte hvordan ulike behandlinger påvirker både søvn og funksjonsnivået på dagtid.

HOVEDFUNN

Personer som hadde mindre søvnproblemer etter fullført behandling, fungerte bedre på jobb og på fritiden seks måneder senere. Det å bli kvitt søvnproblemene førte også til bedret funksjonsnivå på dagtid. I tillegg fant Kjørstad at de som oppholdt seg i blåblokkert belysning, ble trøttere tidligere på kvelden og sov litt bedre. Det var ingen forskjeller i søvn og arbeidsfunksjon hos sykepleiere som jobbet kveld/natt avhengig av om de jobbet i blåblokkert belysning eller standard sykehusbelysning.

IMPLIKASJONER

Behandling av søvnproblemer ser ut til å ha en positiv og langsiktig påvirkning på daglig fungering. Blåblokkert lys kan være et lovende tiltak for å sikre gode søvnmønstre, men er i seg selv ikke nok til å bedre søvn og funksjon hos sykepleiere som jobber kveld og natt.

METODE

Fire forskningsstudier ble gjennomført. De to første så på søvnevansker og arbeidsfunksjon hos personer med insomni, og om bedre søvn førte til bedre arbeidsfunksjon. Deltakerne fikk enten søvnbehandling (KAT) eller generell informasjon om søvnhygiene. Den tredje studien undersøkte effekten av blåblokkert belysning sammenlignet med standard belysning i en gruppe friske voksne, og den fjerde hvordan blåblokkert belysning på arbeidsplassen påvirket søvnen og arbeidsfunksjonen til sykepleiere som jobbet kveld og/eller natt.

FOTO: NTN



KAIA KJØRSTAD
Interventions to Improve Sleep and Their Impact on Work and Daytime Impairment

DISPUTAS 16.08.2022, NTN

Den glemte svikten: forståelse og konsekvenser av emosjonell neglekt

Emosjonell neglekt er altfor lite belyst i faglitteraturen. Mangelfull omsorg har store negative konsekvenser og er viktig for klinikere å kjenne til.

TEKST Ida Brandtzæg & Stig Torsteinson, Tilknytningspsykologene, Utdanningscenter og Klinik

KONTAKT
post@tilknytningspsykologene.no

MERKNAD
Mor og barn i teksten er fiktive personer basert på klinisk erfaring. Forfatterne har bidratt like mye i arbeidet med artikkelen.

HVA LIGGER TIL GRUNN for god psykisk helse, og hva kjennetegner utviklingsbetingelser forbundet med psykiske vansker og utfordringer? Dette er noen av de sentrale spørsmålene utviklingspsykologien beskjeftiger seg med.

I utforskningen av disse grunnleggende spørsmålene ser det ut til å være noen former for belastninger som får mer oppmerksomhet enn andre. Generelt sett har både forskere, klinikere og samfunnet som helhet fokusert mer på det som *påføres* barn av traumer og belastninger, enn det som *mangler*, eller ikke er der, i omsorgsøyemed (Lyons-Ruth & Yarger, 2022). Denne tendensen understøttes av en metaanalyse fra 2015 (Stoltenborgh et al., 2015), som viste at mens det ble funnet 211 studier av seksuelt misbruk, var det til sammenligning kun utført 31 studier av emosjonell neglekt. At det er såpass få studier av emosjonell neglekt, blir enda mer oppsiktsvekkende når det fremkommer at dette er den vanligste formen for omsorgssvikt (Stoltenborgh et al., 2015). Det er selvsagt viktig at vi studerer både seksuelt misbruk og fysisk vold/mishandling, men for å

kunne hjelpe flere barn og oppnå større forståelse for utvikling av psykiske vansker, trenger vi også økt oppmerksomhet på betydningen av *mangler* i omsorgen.

I denne artikkelen drøfter vi hva emosjonell neglekt innebærer, og hvordan vi kan observere dette i samspillet mellom foreldre og barn. Vi vil også redegjøre for hvilke konsekvenser emosjonell neglekt har for barnets utvikling.

HVA ER EMOSJONELL NEGLEKT?

I forskningslitteraturen har begrepet emosjonell neglekt vært lite operasjonalisert, og det er blitt betegnet på ulike måter, som for eksempel emosjonell utilgjengelighet (Sturge-Apple et al., 2012) eller lav grad av foreldreinvolvering (Wilson et al., 2008). Det er derfor behov for å klargjøre begrepet og redegjøre for hva det egentlig innebærer. En nøkkelfaktor i emosjonell neglekt synes å handle om at omsorgspersoner ikke responderer på grunnleggende emosjonelle behov, særlig når barnet opplever stress. I tillegg synes samspillet også å være preget av passivitet og lite struktur, for eksempel at den



EMOSJONELL UTILGJENGELIGHET For mange kan det være vanskelig å forstå betydningen av det de ikke fikk. Illustrasjon: Nora Skjerdingsstad

voksne i liten grad forbereder barnet på situasjoner eller organiserer situasjoner verbalt for barnet (Lyons-Ruth & Yarger, 2022). Man kan derfor si at den voksne synes å være hverken involvert eller aktiv i sin omsorgsutøvelse.

Forskeren Karlen Lyons-Ruth og kolleger har operasjonalisert og laget et kodesystem for å studere ulike former for atypisk omsorgs-atferd, deriblant emosjonell neglekt, som de kaller tilbaketrekningsatferd. Systemet heter the Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification (AMBIANCE; Lyons-Ruth et al., 1999). AMBIANCE inneholder fem ulike former for atypisk interaksjon mellom omsorgsperson og barn: motsetningsfull affektiv kommunikasjon; rolle/grenseforvirring; skremt/skremmende desorientering; negativ/invaderende atferd, og til slutt den femte kategorien: tilbaketrekning (som vi her kaller emosjonell neglekt).

EKSEMPEL FRA KLINIKK

I vårt kliniske arbeid som sped- og småbarnspsykologer har vi møtt mange omsorgsper- »

Kjennetegn på emosjonell neglekt

1. Mangel på foreldreinitiativ når barnet har tilknytningsbehov
2. Forsinket/stille respondering på barnets signaler
3. Overfladisk respondering (kortvarig, hvis omsorgspersonen løfter barnet opp, blir barnet raskt satt ned igjen)
4. Dirigerer barnet vekk fra seg selv og mot for eksempel leketøy
5. Samspill på avstand
6. Lite eller ingen fiendtlighet og påtrengende atferd

(Lyons-Ruth et al., 1999)

soner med tilbaketrukket stil. En av disse var Monica, mor til Maria, to år. I samspillet med datteren så vi at Monica holdt seg mye på avstand. Mens Maria lekte på gulvet, satt Monica et godt stykke unna. Maria lekte stille. Noen få ganger tittet hun bort mot mor og løftet frem en leke for å vise den til henne. Etter noe tid kunne mor svare med å nikke og si svakt «se der, ja». Mor kunne også reise seg opp og gå fra Maria uten at hun ble forberedt. Da de ble gjenforent, gav hun ikke trøst selv om datteren var opprørt, men forsøkte heller å lede oppmerksomheten over på leker. Flere ganger gikk Maria til mor og forsøkte å klatre opp på fanget hennes. Mor hjalp som regel ikke til, og datteren gav opp etter en stund. Hun kunne også bli dyttet forsiktig bort av mor, som forsøkte å lede jentas oppmerksomhet over på en leke. Når hun endelig tok Maria opp på fanget, var det etter flere forsøk fra datteren. Etter kort tid forsøkte mor å sette henne ned igjen. Maria kunne da trekke bena til seg for å signalisere at hun ønsket å være lenger på fanget. Mor satte henne likevel ned.

Tegn på tilbaketrekning i dette tilfellet er at mor gir svake og forsinkede responser på barnets signaler, samtidig som hun er utydelig og har lite struktur i samspillet. Barnet blir ikke forberedt på det som skal skje, og det får også lite hjelp til å bearbeide eller bli beroliget etter stressfremkallende hendelser, for eksempel når mor uanmeldt forsvinner og kommer tilbake. Samspillet er preget av mye stillhet og mangel på positiv affekt og delt glede, men lite hardhet eller bråhet. Vi ser at barnet i noe grad søker mor. Kanskje handler dette nettopp om at mor i liten grad aktivt skremmer barnet. Samlet sett ser vi et barn som både får begrensede gjensvar på egne signaler og lite hjelp til å organisere seg i situasjoner gjennom forberedelse, forklaringer, læring og struktur. Det er mye som sannsynliggjør at Maria kjenner seg alene, forvirret, stresset og redd.

Fravær av skremmende omsorgsatferd er et vesentlig poeng når det gjelder de små barna som lever med omsorgspersoner som er emosjonelt tilbaketrukne. I motsetning til det man ofte ser der foreldrene har en mer skremmende omsorgsstil, ser man at barn av foreldre som har en tilbaketrukket omsorgsstil, som i tilfellet med Maria, kan søke mot foreldrene og forsøke å få deres nærhet/oppmerksomhet, slik barn med trygg tilknytning gjør. Interessant

nok ser man den samme tendensen i dyrestudier der dyreunger utsettes for begrenset omsorg fremfor skremmende omsorg (Drury et al., 2016).

KONSEKVENSER FOR UTVIKLINGEN

Konsekvenser for barn

Tilbaketrekningsatferd er studert i to longitudinelle studier hvor man har fulgt individer fra fødsel og inn i tidlig voksen alder. Den ene studien er Harvard Family Pathways Study (HFPS) (Lyons-Ruth et al., 2013), mens den andre studien har anvendt materiale fra The National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Study of Early Child Care and Youth Development (SECCYD; Brumariu et al., 2020). I begge studiene fremgår det at tilbaketrekning i omsorgen er forbundet med klare utviklingsmessige og psykiske vansker både i barndommen og inn i tidlig voksen alder. Det er funnet en sammenheng mellom tilbaketrekning i omsorg og desorganisert tilknytning ved ettårsalderen (Lyons-Ruth et al., 1999). Desorganisert tilknytning kjennetegnes ved at barnet har en betydelig redusert iboende tendens til å søke mot foreldrene for å bruke dem til nedregulering av stress, og av at foreldrene tvert imot på ulike måter øker barnets stressnivå. Resultatet er at barnet uttrykker mindre organisert atferd og viser at de er usikre, forvirrede, desorienterte, redde og stresset sammen med foreldrene – særlig når det oppstår en situasjon hvor barnet blir stressaktivert. Selv om barn av foreldre med tilbaketrukket stil viser tegn til desorganisert tilknytning, søker det likevel mor/far i større grad enn i relasjoner hvor foreldre aktivt skremmer barnet (Lyons-Ruth & Yarger, 2022).

En studie viser at etter hvert som barna som lever med foreldre med tilbaketrukket omsorgsatferd blir noe eldre, øker sannsynligheten for internaliserte vansker og en mer kontrollerende omsorgsgivende tilknytningsstil i relasjon til omsorgspersonene (Bureau et al., 2009). En mulig forklaring kan være at barnets erfaringer med passivitet og manglende respons fører til at de tar skjeen i egen hånd og forsøker å sørge for den omsorgen de trenger. I stedet for å lene seg til den voksne for å få emosjonell hjelp og nærhet, anstrenger de seg for å tilpasse seg andre og å være der for dem (Lyons-Ruth & Yarger, 2022). På den måten søker de å få oppmerksomhet og kontakt. De får allikevel



En nøkkelfaktor i emosjonell neglekt synes å handle om at omsorgspersoner ikke responderer på grunnleggende emosjonelle behov, særlig når barnet opplever stress

ikke oppmerksomhet basert på egne signaler og behov, men er snarere oppmerksomme på den voksnes behov og følelser. Det er dermed barnet som tar ansvaret for kontakten mellom voksen og barn. Med dette som erfaringsgrunnlag blir det vanskelig å utvikle grunnleggende tillit til at andre kan gi dem kontakt og forbindelse som er fylt med godhet, struktur, lindring og emosjonell næring. Prisen for denne omsorgsstilen er at barna ikke får hjelp til å forstå egne reaksjoner, følelser eller hvem de er. Med andre ord: Barna får mangelfulle erfaringer med å bli mentalisert av sine omsorgspersoner, og får dermed også lite hjelp til å utvikle egen regulering, gode relasjonelle strategier og mentaliseringsevne (Brandtzæg et al., 2019). Det at barna ikke har kunnet støtte seg til andre mennesker for å få hjelp når de kjenner på en høy aktivering, påvirker stressresponsystemet negativt. Barn med utrygg tilknytning – og da særlig barn med desorganiserte eller kontrollerende strategier – har et nervesystem som har forsterkede reaksjoner på stress, i tillegg til at de i mindre grad har utviklet gode strategier for emosjonsregulering. Dette er barn som bærer på en dobbel byrde, nemlig både forsterkede stressreaksjoner og begrensede strategier for å håndtere indre stress (Lyons-Ruth, 2007). Denne doble byrden påvirker barnets psykologiske immunsystem (Lyons-Ruth, 2002), og barnet vil derfor ha større sårbarhet dersom det opplever andre belastninger i livet.

Konsekvenser for ungdom

De longitudinelle studiene nevnt over har også sett på hvordan disse erfaringene henger sammen med deltakernes psykiske helse i sen

ungdomsalder. Faktisk tyder den forskningen vi så langt har tilgang på, at tilbaketrasket omsorgsstil har en direkte effekt på ungdommens psykiske helse, og at den synes å være assosiert med høyere risiko for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, dissosiative symptomer, selvskading og suicidalitet (Lyons-Ruth et al., 2013). Disse mer dramatiske måtene å reagere på kan være et resultat av at det skulle mye til for å vekke de voksnes oppmerksomhet i tidlig barndom. I stedet for å ha fått anledning til å utvikle strategier som fremmer gode kontaktøyeblikk med andre, har ungdommene heller utviklet strategier som dreier seg om å være vaksom overfor andre. I tillegg er ungdommens stressresponsystem blitt underutviklet som en følge av manglende relasjonelle reguleringserfaringer. Ungdommen opplever med andre ord sterkere stressresponser i seg selv, og de har få indre og ytre måter å regulere disse på – i en ungdomstid hvor kravet til selvregulering og selvstendighet er større enn tidligere (Lyons-Ruth & Yarger, 2022). En annen faktor som kan påvirke ungdommens reguleringsevne, er at det fremdeles er lav grad av emosjonell tilgjengelighet i omsorgsmiljøet hos disse. Ungdommen kan derfor ha behov for kraftfulle uttrykk for å få den omsorgen han/hun trenger. Begge studiene viste en sammenheng mellom tilbaketrekning i tidlig omsorgs-atferd og psykiske vansker i slutten av tenårene (Brumariu et al., 2020.; Lyons-Ruth et al., 2013). Faktisk viste sistnevnte studie at mødres tilbaketrekningsatferd ved ettårsalderen var den eneste signifikante prediktoren av de fem kategoriene i AMBIANCE (se s. 153) med hensyn til alvorlig psykopatologi i sen ungdomsalder. Dette redegjorde for 20 % av variansen og var en uavhengig faktor når det gjaldt de ovennevnte vanskene (Lyons-Ruth et al., 2013), også når man tok i betraktning faktorer som mishandling og andre påførte belastninger. Også dissosiative symptomer i slutten av tenårene ble funnet å henge sammen med tilbaketrekningsatferden til omsorgspersonen da barnet var i ettårsalderen – selv om det ikke var påvist annen form for overgrep eller mishandling (Dutra et al., 2009).

KONSEKVENSER FOR PRAKSIS

Kunnskapen om emosjonell neglekt og hvordan dette arter seg i samhandlingen mellom foreldre og barn, er av stor betydning for prak- >>



Prisen for denne omsorgsstilen er at barna ikke får hjelp til å forstå egne reaksjoner, følelser eller hvem de er

sis. I forebyggende øyemed vil det være viktig å legge til rette for at foreldre i større grad skal kunne være påkoblet barnet. Tiltakene bør rettes mot forhold som ligger til grunn for tilbaketrekningen, enten det er stressfaktorer i familiens liv eller traumehistorier som blokkerer omsorgsgivernes egentlige kapasitet. Andre ganger ligger det en underutviklet omsorgskapasitet til grunn, noe som innebærer at forelderen må få hjelp til å utvikle emosjonell tilgjengelighet og omsorgsferdigheter overfor barnet (Brandtzæg et al., 2019). En nyere dansk studie viser at foreldre som utviser en tilbaketrukket omsorgsstil, ofte selv har erfaringer med flere former for omsorgssvikt og mishandling i egen oppvekst (Nyström-Hansen et al., 2019). Å arbeide med å hjelpe foreldrene med følgene av egen omsorgshistorie blir dermed viktig. Dette kan eksempelvis gjøres gjennom psykoedukasjon og veiledning av samspill, som man ser i ulike tilknytningsbaserte intervensjoner (Yarger et al., 2020). I tillegg vil mange foreldre fra denne gruppen ha behov for behandling for egen psykopatologi. Andre ganger kan det handle om både blokkering og underutvikling. Da må tiltakene rettes mot det som blokkerer for den omsorgskapasiteten som er der, som alvorlig fattigdom, voldelige relasjoner, traumereaksjoner, men en må også arbeide med å utvikle omsorgsferdighetene.

Når det gjelder behandling av ungdommer og voksne som har vokst opp med foreldre med tilbaketrukket omsorgsstil, vil kunnskap om vanlige konsekvenser av emosjonell neglekt kunne hjelpe klienten med å få en bedre forståelse av seg selv og bakgrunnen for ulike psykiske helseplager. Både sterke emosjonelle reaksjoner og mangel på gode strategier for emosjonsregulering kan komme i veien for kontakt og forbindelse med menneskene rundt en. Å få hjelp til å forstå

denne dynamikken har stor betydning. Ikke bare kan det kjennes vanskelig og vondt å gi til andre det man selv ikke har fått, men det kan også være vanskelig å ta imot det man ikke tidligere har fått. Idet noen søker en for kontakt, kan man føle ubehag, trekke seg unna eller skyve den andre vekk gjennom å reagere på negative måter. Å komme nærmere andre mennesker i livet er grunnleggende for gode og psykisk helsebringende erfaringer. Det er da man kan komme inn i sunne relasjonelle sirkler som styrker både identitet, tilknytning og tilhørighet.

OPPSUMMERING

Til tross for at emosjonell neglekt og mangler i omsorgsatferden er den mest vanlige formen for omsorgssvikt, er denne omsorgsstilen overraskende lite studert (Stoltenborgh et al., 2015). Et viktig unntak er imidlertid forskergruppen til Lyons-Ruth. Deres to ulike longitudinelle studier viser hvordan emosjonell neglekt kan påvirke barnets utviklingsløp fra spedbarnsalder og opp til sen ungdomsalder. Studiene viser hvordan en omsorgsstil preget av psykisk og fysisk tilbaketrekning påvirker individenes psykiske helse på svært alvorlige måter. Derfor bør forskere i større grad vie oppmerksomhet til den passive og tilbaketrukne omsorgsstilen. De bør også i større grad nå ut i alminnelige medier om dette temaet på lik linje med vold og overgrep.

Kunnskap om emosjonell neglekt bør også komme inn i relevante utdanninger og etterutdanninger for blant annet leger, psykologer, dommere og barnevernspedagoger. Alle som jobber med foreldre-barn-relasjoner, eller ungdom og voksne som strever med ettervirkninger etter en oppvekst med tilbaketrekningssatferd, trenger denne kunnskapen for blant annet å kunne skreddersy behandlinger for dette. For mange kan det være vanskelig å forstå betydningen av det man ikke fikk. Hvis vi hjelper klientene våre med dette, øker det sjansene for at de senere i livet blir mer tilgjengelige for det de trenger, og som de ikke visste at de manglet. Flere vil også kunne gi til andre det de selv ikke fikk, og dermed bryte den onde sirkelen. ✘

REFERANSER

- Brandtzæg, I., Torsteinson, S. & Smith, L. (2019). *Barn og relasjonsbrudd: Mikroseparasjoner. Tilknytningsbasert forståelse, utredning og behandlingstiltak*. Fagbokforlaget.
- Brumariu, L. E., Owen, M. T., Dyer, N. & Lyons-Ruth, K. (2020). Developmental pathways to BPD-related features in adolescence: Infancy to age 15. *Journal of Personality Disorders*, 34(Supplement, B), 104–129. https://doi.org/10.1521/pedi_2020_34_480
- Bureau, J. F., Easlerbrooks, M. A. & Lyons-Ruth, K. (2009). Attachment disorganization and controlling behavior in middle childhood: Maternal and child precursors and correlates. *Attachment & Human Development*, 11(3), 265–284. <https://doi.org/10.1080/14616730902814788>
- Drury, S. S., Sánchez, M. M. & Gonzalez, A. (2016). When mothering goes awry: Challenges and opportunities for utilizing evidence across rodent, nonhuman primate and human studies to better define the biological consequences of negative early caregiving. *Hormones and Behavior*, 77, 182–192. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.10.007>
- Dutra, L., Bureau, J.-F., Holmes, B., Lyubchik, A. & Lyons-Ruth, K. (2009). Quality of early care and childhood trauma: A prospective study of developmental pathways to dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(6), 383–390. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181a653b7>
- Lyons-Ruth, K. (2002). The two-person construction of defenses: disorganized attachment strategies, unintegrated mental states, and hostile/helpless relational processes. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 2(4), 107–119. <https://doi.org/10.1080/15289168.2002.10486422>
- Lyons-Ruth, K. (2007). The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 595–616. <https://doi.org/10.1080/07351690701310656>
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E. & Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64(3), 67–96. <https://doi.org/10.1111/1540-5834.00034>
- Lyons-Ruth, K., Bureau, J.-F., Holmes, B., Easterbrooks, A. & Brooks, N. H. (2013). Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: Prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Research*, 206(2–3), 273–281. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.030>
- Lyons-Ruth, K. & Yarger, H. A. (2022). Developmental costs associated with early maternal withdrawal. *Child Development Perspectives*, 16(1), 10–17. <https://doi.org/10.1111/cdep.12442>
- Nyström-Hansen, M., Andersen, M. S., Khoury, J. E., Davidsen, K., Gumley, A., Lyons-Ruth, K., MacBeth, A. & Harder, S. (2019). Hair cortisol in the perinatal period mediates associations between maternal adversity and disrupted maternal interaction in early infancy. *Developmental Psychobiology*, 61(4), 543–556. <https://doi.org/10.1002/dev.21833>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A. & van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Sturge-Apple, M., Davies, P., Cicchetti, D. & Manning, L. (2012). Interparental violence, maternal emotional unavailability and children's cortisol functioning in family contexts. *Developmental Psychology*, 48(1), 237–249. <https://doi.org/10.1037/a0025419>
- Wilson, S. R., Rack, J. J., Shi, X. & Norris, A. M. (2008). Comparing physically abusive, neglectful, and non-maltreating parents during interactions with their children: A meta-analysis of observational studies. *Child Abuse & Neglect*, 32(9), 897–911. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.01.003>
- Yarger, H. A., Bronfman, E., Carlson, E. & Dozier, M. (2020). Intervening with Attachment and Biobehavioral Catch-Up to decrease disrupted parenting behavior and attachment disorganization: The role of parental withdrawal. *Development and Psychopathology*, 32(3), 1139–1148. <https://doi.org/10.1017/s0954579419000786>

SSFT: En nykomponert og brukervennlig en-times terapimodell

Single-Session Family Therapy kan være en nyttig arbeidsmetode i familievernet: kunnskapsgrunnlag og kliniske erfaringer.

TEKST

Bjørn S. Hesla, Bufetat –
Familievernkontoret
Innlandet, Gjøvik

KONTAKT

bjorn.s.hesla@
outlook.com

PSYKOLOGER I FAMILIEVERNET har de siste tiårene vanligvis møtt klientene med familierapimodeller som krever flere samtaler og flere terapeuter. Denne tradisjonen bygger på evidens- og forskningsbaserte modeller og er til god hjelp for de av klientene som faller inn under de stadig strengere inntakskriteriene. Arbeidsmetodikken i seg selv er et godt tilbud for de som mottar hjelp. Men etter 15 år som kliniker i feltet, har jeg opplevd at det er behov for en arbeids- og rådgivningsmodell som gir raskere hjelp og når ut til flere, som ikke krever ventelister og som møter klienten og parets akutte behov når det er mest nødvendig, og som samtidig er mindre ressurs- og tidkrevende.

Her ønsker jeg å presentere et forslag til et nytt service- og tjenestetilbud med et samtaleformat der en fokuserer mer på de aktuelle utfordringer i livet til klienten. Gjennom Single-Session Family Therapy (SSFT) ønsker jeg altså å bidra med en faglig videreutvikling innen par- og familierapifeltet. SSFT-modellen representerer en nykomponert og brukervennlig arbeids- og terapimodell som er mer sentrert om her og nå, og som har en annen måte å tenke og møte klienter og par på. Antagelsen er at «én samtale» kan være nok, ut ifra at «nå gjelder det». Dette både utfordrer og bryter med tradisjonelle korttidsterapimodeller som går over flere timer, det være seg systemisk terapi, narrativ terapi, kognitiv atferdsterapi og psykodynamisk korttidsterapi. Modellen har til formål å bruke den begrensede terapi-

tiden mest effektivt, ved å redusere ventetiden og skape høyere «produksjon» i form av økt behandlingsskapasitet og færre avbestilte og ubenyttede timer. Terapeutressursen anvendes på en mer optimal og brukertilpasset måte, som vil gi hjelp til flere som trenger det.

BAKGRUNN

Single-Session Family Therapy (SSFT) er en eksistensielt orientert familierapimodell som er spesielt utviklet og utarbeidet for par og familier. SSFT er en videreutvikling av den forskningsbaserte modellen Single Session Therapy (SST) (Talmon, 1990). Single Session Therapy fokuserer på utfordringen klienten møter akkurat nå, og hvordan situasjonen kan løses ved å minske alvorlighetsgraden og samtidig redusere og svekke symptomer. Det vil på en mer eksplisitt, klientrettet måte enn det som er tilfellet med mer tradisjonelle terapimodeller, øke klientens evne til å håndtere de opplevde problemene de har (Ewen et al., 2018, s. 587).

HISTORIKK

Single-Session Therapy (SST) refererer til planlagte en-times sesjoner og har røtter tilbake til 1970-tallet, der den ble praktisert på «walk-in» rådgivningsklinikker i USA. Terapien slik vi kjenner den i dag, fikk sin form for 25 år siden da psykolog Talmon (1990) forfektet ideen om at en-times terapi kanskje kunne være alt som trengs. Det er nå over 20 år siden evaluering av SST skjøt fart (Boyhan, 1996). I løpet av de siste

ti årene har det spesielt i USA blitt stadig flere rådgivningsbyråer som tilbyr en-times terapi. Denne trenden ser man også rundt om i verden, og er et svar på at det blir kanalisert mindre ressurser til psykisk helsevern. Samtidig er en-times terapi både kostnadseffektivt og kan vise til gode kliniske resultater (Hymmen et al., 2013; Söderqvist, 2018).

INSPIRASJON TIL MODELLEN

Min inspirasjon for å utvikle en ny arbeids- og terapimodell med lavterskeltilbud for par og klienter innen familievernet var kvalitetsreformen for eldre «Leve hele livet», som ble vedtatt av Stortinget i 2018. Her ble regjeringen bedt om å stimulere til etablering av lavterskel psykisk helsetilbud for eldre i flere kommuner, og det ble samtidig vist til Single-Session Therapy-modellen. Filosofien som lå til grunn for eldrereformen, samsvarer godt med min systemiske tenkning og eksistensielle tilnærming til livet (Hesla, 2021b), som uttrykkes gjennom mitt livsmotto «Memento mori – Carpe diem», hvor livet og dagen i dag er den (eneste) dagen vi har – i dag (Hesla, 2020b).

TERAPIMODELLEN

SSFT og en-times formatet er i utgangspunktet noe annet enn en teoretisk metode og en terapeutisk tilnærming. Det er mer et metodisk rammeverk for terapeutisk arbeid, og et sett å tenke og møte klienter og personer på (Hesla, 2020a). Modellen kan derfor brukes i ulike sammenhenger, både innen første- og andrelinjetjenesten og andre samtaletilbud for barn, ungdom og voksne – hvor samtalen legger vekt på det helende potensialet som ligger i møte med mennesker.

Kolleger innen feltet som praktiserer et desentralisert lavterskeltilbud, har hatt lignende erfaringer med en-times praksis i BUP-systemet i Norge, som det man ser internasjonalt. For eksempel beskriver Young et al. (2008) etableringen av en «walk-in»-ordning på en Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i Toronto. De la om fra en vanlig henvisningspraksis til et system der klinikken hadde «åpent hus» en dag i uka, slik at alle som ønsket hjelp fra klinikken, kunne møte opp og få én enkelt time. Erfaringene var at antallet saker som omfattet aktiv utredning og/eller behandling over tid, ble redusert med om lag 50 prosent. Samtidig møtte klinikken flere mennesker



Modellen kan brukes i ulike sammenhenger, både innen første- og andrelinjetjenesten og andre samtaletilbud for barn, ungdom og voksne

enn de hadde gjort før; altså flere fikk tilbud, men færre ble pasienter over tid.

Ved familieenheten ABUP på Sørlandet sykehus i Arendal har det siden 2012 blitt gitt tilbud om enkelttimer uten henvisning ved et desentralisert satellittkontor i Tvedestrand kommune. Erfaringene fra de første årene etter oppstarten av tilbudet viste den samme tendensen som i Toronto. Ifølge klinikkens interne statistikk over antallet henvisninger fra enkeltkommuner over tid, så man at antallet pasienter henvist på ordinært vis fra den kommunen der dette tilbudet var etablert, sank med cirka 30 prosent fra oppstartsåret, mens det holdt seg stabilt i nabokommunene (B. Bertelsen, personlig kommunikasjon, 2022).

METODIKK

Innen SST-litteraturen er det spesielt tre typer en-times terapier som er omtalt (Paul & van Ommeren, 2013). Det er 1) bruk av semistrukturerte spørsmål for å avklare om denne terapiformen er den rette metoden som «matcher» klientens behov. Videre er det 2) utarbeidelse av egne manualer designet for spesifikke problemer. Det kan være med bruk av en-times kognitiv atferdsteori rettet mot avgrensede fobier, posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og debriefing for å redusere eller forebygge traumatisk stress. Til sist er det 3) oppfølging av drop-outs fra tidligere terapiløp. I det videre fokuserer jeg på den førstnevnte terapitypen innenfor en-times teori.

NYTTEVERDIEN MED BRUK AV SSFT

Den korte ventetiden gir en unik mulighet til rask intervensjon, hvor klienten(e) møtes her »

og nå ut ifra sin aktuelle livssituasjon. I mitt kliniske arbeid som psykolog har jeg satt av faste dager til SSFT, hvor jeg bruker et eget kartleggingsskjema som fylles ut i forkant av timen. Skjemaet er et nyttig hjelpemiddel i sorteringsarbeidet og bidrar til en raskere og tydeligere avklaring av hvilke utfordringer paret står i. En ser bedre hva paret trenger bistand til, og får bedre kjennskap til hva de har prøvd av tidligere løsninger. Ved å fokusere på klienten og parets kompetanse og finne ut hva som er deres styrker og ressurser, bedrer man muligheten til å nå mål på kort sikt. Samtidig er det viktig å få tak i hva som er det første tegnet på at paret beveger seg i ønsket retning, og på den måten få en mer fokusert tilnærming på den aktuelle problematikken.

I samtalen begynner jeg med å ta utgangspunkt i klientens utfordringer slik de fremstår for personen selv. Det lages planer for hvordan klienten kan løse utfordringene vedkommende står i, og med det får klienten nyttige verktøy for å løse lignende situasjoner i fremtiden. Gjennom SSFT kommer man tidlig til i terapiprosessen, og man unngår i større grad at klienter og par uten barn faller ut av systemet ved inntak og ikke gis prioritet til eksempelvis parterapi.

Vi trenger å tenke nytt når det gjelder samtaler med par, hvor utgangspunktet er hva paret vil, ønsker og behøver, ved å være strukturerte og konkrete ut ifra her-og-nå-situasjonen. Dette må styre samtalen istedenfor teorier og terapi-manualer, som ofte betoner lengre kontakter og tid for bearbeiding. Vi har denne ene timen, og terapeuten forutsetter at det blir den eneste samtalen vi har. La oss derfor bruke den muligheten det gir til å utgjøre en forskjell som er tilstrekkelig til å skape endring. Slik den tysk-amerikanske politiske filosofen Hannah Arendt beskriver det, så representerer vi mennesker en helt ny og unik begynnelse. Hver gang vi handler, kan vi introdusere noe nytt og uventet i verden. Hver gang kan vi initiere nye begynnelse, som en-times tenkning innbyr til, slik jeg ser det. Dette er et trekk ved den menneskelige eksistens som vi hverken kan frigjøre oss fra eller fraskrive oss ansvaret for (Øverenget, 2001).

PILOTPROSJEKT

SSFT er kostnadseffektivt og behandlingseffektivt ved at det reduserer behovet for antall timer. Dette understøttes blant annet av forsk-

ningsresultater fra Sverige, hvor bruk av «Ett samtal i Taget» viser en minimal frafallsprosent på 2,5 % sammenlignet med tradisjonell familierådgivning, hvor 25–30 % uteblir fra den første samtalen. Avbestillinger og omgjøring av timer ligger også lavt (9 %) sammenlignet med tradisjonell familierådgivning (20–25 %) (Söderqvist, 2018).

Dette var noe av bakgrunnen og motivasjonen for å starte opp et pilotprosjekt ved Familievernkontoret Innlandet på Gjøvik i Single-Session Family Therapy høsten 2020, der det brukes et semistrukturert kartleggingsskjema utviklet spesielt for par og familier. Kartleggingsskjemaet er selve nøkkelen for en vellykket en-times terapi, sammen med en tydelig struktur i samtalen.

KARTLEGGING

Kartleggingen foretas forut for timen og som forberedelse til samtalen. Man kan gjennomføre den på telefon, skjema på nett eller som i vårt tilfelle via et skjema klienten får til utfylling før samtalen. Skjemaet gir et godt utgangspunkt på veien mot en løsning på de utfordringene klienter står i. Aktuelle spørsmål som brukes, er:

1. Hvor er den største utfordringen du/dere står i nå?
2. List opp hva du/dere trenger bistand til.
3. Hva har du/dere konkret forsøkt for å løse utfordringen du/dere står i?
4. Hva er dine/deres indre styrker og ressurser?
5. Hva gir deg/dere styrke og motstandskraft?
6. Hva er det første konkrete tegnet på at du/dere beveger deg/dere i riktig retning?

MÅLGRUPPA FOR SSFT

Studier har identifisert to behandlingsvariable av særskilt betydning relatert til en-times terapi, nemlig problemtyngheten i form av lettere



SSFT kan omfatte alt fra mindre utfordringer til større kriser

Terapeutisk tilnærming

- Etablere en rask terapeutisk relasjon
- Innta klart fokus i timen, dette er den eneste samtalen man har
- Skape forståelse for at en terapitime har potensial til å skape og stake ut en ny kurs, ut ifra en tanke om at når noe i familiesystemet endrer seg, så endres hele systemet
- Innta en nysgjerrig ikke-vitende posisjon
- Være aktivt nærværende overfor klienten
- Forholde seg samarbeidsorientert og kontinuerlig sjekke ut klientrelasjonen
- Ta i bruk forskjellige evidensbaserte tilnærminger og teknikker i møte med klienten
- Forsikre seg om at de terapeutiske tilnærmingene og teknikkene er kultursensitive og tilpasset klientens kultur og kontekst
- Holde klienten fokusert på hva som skjer her og nå i terapirommet
- Ha klart for seg at én samtale er bra for noen klienter, men ikke nok for mange (Paul & van Ommeren, 2013, s. 18).

problemer og klientens egenmotivasjon eller handlingsberedskap. Hymmen et al. (2013) konkluderer ut ifra dette med at det gis holdepunkter for at en-times terapi gir best resultater og er mest effektivt for behandlingsmotiverte klienter med god allmenn funksjonering og lettere hverdagslige problemer. SSFT kan omfatte alt fra mindre utfordringer til større kriser. Mottoet kan være: «Hvis alle får en time, får alle som trenger det, flere timer.» SSFT er, på linje med andre terapiformer, ikke like hensiktsmessig for alle klienter i familievernnet, «one size doesn't fit all», men det kan være nyttige intervensjoner og samtidig hindre at situasjonen forverrer seg, og bidra til å skape gode familierelasjoner og bedre fungering i hverdagslivet (Ewen et al., 2018, s. 586). Le Gros et al. (2019) viser i sin forskning til at en-times terapi kan være til liten nytte eller direkte skadelig i traumebehandling.

KLINISKE ERFARINGER

Det kliniske arbeidet med bruk av SSFT består blant annet av avklaringer og sorteringsarbeid, eksempelvis i forbindelse med utroskap, akutte relasjonskriser og bearbeidelse av samlivsbrudd. Man må tydeliggjøre kommunika-

sjonsmønstret hos paret. Og i tillegg foreta en avklaring og operasjonalisering av hva kommunikasjonsproblemene og utfordringen består i hos både paret sammen og hver for seg, eksempelvis kan det være samarbeidsproblemer og praktiske problemer i foreldre-samarbeidet. Det kan også dreie seg om sykdom i familien og hvordan en da skal forholde seg til partneren og parforholdet? Et stikkord her kan være: «Should I stay or should I go?» Mine erfaringer så langt er at en-times terapi i form av SSFT gjør at en kan være mer direkte i samtalen og ha et større fokus på at det er mulig for klienten og paret å nå sine mål raskere. Modellen fremstår spesielt egnet når det gjelder eksistensielle problemstillinger, å gi håp, skape mening, ta aktive valg, leve i frihet, takle kontrollbehov og livskriser, bearbeide angst og depresjon, samt i forhold til separasjonsproblematikk og forventningsavklaring i parforholdet og i forbindelse med samlivsbrudd (Hesla, 2021a).

FORSKNINGSRESULTATER

Forskningen som foreligger på bruk av én terapitime, antyder at ett eneste møte i mange »

situasjoner er tilstrekkelig for at klienten skal kunne bevege seg mot en konstruktiv måte å håndtere utfordringen sin på. Sentralt her er å betrakte hver klientsamtale som en ny samtale, med nye forutsetninger og nye problemer og muligheter.

En metastudie av 40 studier av en-times terapi av Hymmen et al. (2013) viser at i 71–88 % av tilfellene opplever klienten bedring etter én samtale, mens de var fornøyde i 74–100 % av tilfellene. Seks av ti klienter opplever at én samtale gir tilstrekkelig støtte for å kunne jobbe videre med utfordringene sine (Anderesen, 2021). Forskning antyder da også gjentatte ganger at en eneste samtale mellom terapeut og klient både er tilstrekkelig og den vanligste terapilengden. Litteraturstudier av 35 empiriske undersøkelser konkluderte med at de første en til tre samtalene i en terapeutisk prosess viser seg å være en kritisk fase for endring i behandlingsforløpet (Aafjes-van Doorn & Sweeney, 2019).

KAN ÉN TERAPITIME VÆRE NOK?

Single-Session Family Therapy fokuserer på de prinsippene som maksimaliserer effekt av hvert enkelt møte. Gjennom en tydelig struktur i samtalen kan løsninger på det klienten står i, bli tydeligere i løpet av en time. Poenget er at hver enkelt time legges opp selvstendig for å kunne være tilstrekkelig. Man møtes med innstillingen om at «nå gjelder det», det er denne muligheten vi har – noe som ofte viser seg å stemme. I de tilfellene én samtale viser seg ikke å være nok, kan det åpnes opp for flere en-times samtaler ved behov, alternativt erstattes av et ordinært terapiløp. Ifølge Fullen (2019) viser tilbakemeldinger fra klienter som har hatt én samtale, at det ikke er noen motsetning mellom kun å ha én samtale og nytten klienten opplever. Internasjonal forskning fra familierapifeltet viser da også at 25–30 % av alle par bare kommer til én samtale (Talmon, 1990).

KONKLUSJON OG OPPFØLGING

Resultatet av å tilby SSFT innen familievernnet i Barne-, ungdoms- og familieetaten, region øst (Bufetat), hvor jeg har mitt daglige virke som psykologspesialist, vil kunne være bedre bruk av terapiressursene og reduksjon av beho-



Gjennom en tydelig struktur i samtalen kan løsninger på det klienten står i, bli tydeligere i løpet av en time

vet for flere klientsamtaler. Dette innebærer mindre behov for å bruke terapiressurser på enkelte klienter, noe som frigjør klienttid og gir rom for høyere «produksjon» i form av økt behandlingsskapitet og økt gjennomstrømming av klienter. Videre kan man få redusert ventetid og færre avbestilte, ubenyttede og tomme terapitimer (Hesla, 2019). Ser man på tall- og beregningsgrunnlaget som enhetsleder for Bufetat ved Familievernkontoret Innlandet har hentet fra familievernets registrerings- og rapporteringssystem FADO bakover i tid, så fremstår 25–30 % av timene å være ubenyttet og tomme (B. Sundmoen, personlig kommunikasjon, mars 2019). Dersom man anslår at 25–30 % av timene i familievernssaker i utgangspunktet blir stående ubenyttet og tomme, vil en omlegging av tjenestetilbudet med utstrakt bruk av en-times samtaler kunne gi en innsparing på titalls millioner kroner bare innenfor Bufetat region øst. Dette vil frigjøre midler som kan brukes for å styrke tilbudet til familievernets målgruppe.

I tillegg til å utfordre familierådgivningsfeltet generelt om å ta i bruk en-times samtaler og tilby SSFT som et supplement, vil jeg peke på muligheten for å tilrettelegge for bruk av en-times samtaler i psykisk helsevern og innen helse- og sosialsektoren vurdert opp imot eksisterende behandlings- og samtaletilbud, slik at ressursene kan disponeres bedre. Dette ut ifra at Single-Session Family Therapy og en-times samtaler har potensiale i seg til å kunne bidra og representere et taktskifte i forhold til hva som er god og tilstrekkelig rådgivning og behandling i og utenfor terapirommet, både innen offentlig og privat helse- og sosialtjeneste, og bety en optimalisering av tjenestetilbudet for både tilbyder og bruker. ❌ »

REFERANSER

- Andersen, S. R. (2021). Når en samtale er alt vi har. I L. Lorås & J. C. V. Christiansen (red.), *Samtaler i relasjonelt arbeid*. Fagbokforlaget.
- Aafjes-van Doorn, K. & Sweeney, K. (2019). The effectiveness of initial therapy contact: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 74. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101786>
- Boyhan, P. A. (1996). Client's perception of single session consultations as an option to waiting for family therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapies*, 27(4), 75–79. <https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.1996.tb01078.x>
- Ewen, V., Mushquash, A. R., Mushquash, C. J., Bailey, S. K., Haggarty, J. H. & Stones, M. J. (2018). Single-session therapy in outpatient mental health services: Examining the effect on mental health symptoms and functioning. *Social Work in Mental Health*, 16(5), 573–589. <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1456503>
- Fullen, C. T. (2019). The therapeutic alliance in a single session. A conversation analysis. *Journal of Systematic Therapies*, 38(4), 45–61. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2019.38.4.45>
- Hesla, B. S. (2019). En ny terapimodell for familievernet. *Metaforum*, 4, 66–71.
- Hesla, B. S. (2020a). En anti-psykiatrisk sykdomsmodell uten diagnoser. *Metaforum*, 4, 54–55.
- Hesla, B. S. (2020b). «Memento mori – Carpe diem». *Metaforum*, 3, 70–71.
- Hesla, B. S. (2021a). De store eksistensielle spørsmålene. *Metaforum*, 3, 76–77.
- Hesla, B. S. (2021b). Psykologen – en kunstnersjel? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(8), 724–725. <https://psykologtidsskriftet.no/fri-assosiasjon/2021/08/psykologen-en-kunstnersjel>
- Hymmen, P., Stalker, C. A. & Cait, C.-H. (2013). The case for single-session therapy: Does the empirical evidence support the increased prevalence of this service delivery model? *Journal of Mental Health*, 22(1), 60–71. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.670880>
- Le Gros, J., Wyder, M. & Brunelli, V. (2019): Single session work: Implementing brief intervention as routine practice in an acute care health assessment service. *Australian Psychiatry*, 27(1), 21–24. <https://doi.org/10.1177/1039856218815756>
- Paul, K. E. & van Ommeren, M. (2013). A primer on single session therapy and its potential application in humanitarian situations. *Intervention*, 11(1), 8–23. <https://doi.org/10.1097/WTF.0b013e32835f7d1a>
- Söderqvist, M. (2018). Coincidence favors the prepared mind. Single Sessions with couples in Sweden. I Hoyt, I. M., Slive, A., Bobele, M., Young, J. & Talmon M. (red.), *Single Session Therapy by Walk-In or appointment*. Routledge.
- Talmon, M. (1990). *Single-Session Therapy: Maximizing the Effect of the First (and often only) Therapeutic Encounter*. Jossey-Bass.
- Young, K., Dick, M., Herring, K. & Lee, J. (2008). From waiting lists to walk-in: Stories from a walk-in therapy clinic. *Journal of Systemic Therapies*, 27(4), 23–29. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2008.27.4.23>
- Øverenget, E. (2001). *Hannah Arendt*. Universitetsforlaget.

FOTO: BPSYKOLOGENE



SIVERT STRAUME, psykolog

Uviljen til å redde liv

Rekkevidden av psykologers kjøpekraft er enorm målt i menneskeliv. Er det ikke opplagt hvordan vi bør bruke den?

I studietiden hadde jeg en pussig opplevelse. Jeg hadde oppdaget at jeg hadde 20 000 kroner mer på en konto enn det jeg trodde. Økonomien var under kontroll, og jeg trengte ikke disse pengene til noe spesielt. Jeg funderte på hva jeg skulle gjøre med dem. Skulle jeg kjøpe en av de nye, stilige flatskjermene, kanskje? Jeg slo det fra meg. Tross alt så jeg nesten ikke på TV.

Dette var i 2004. En tsunami skyllet over Sørøst-Asia og drepte hundretusener. FNs høykommissær for flyktninger uttalte: «Lokalbefolkningen trenger umiddelbart leveranser av matvarer og annen nødhjelp. Tallene og behovene er absolutt overveldende» (Øverbye, 2004). Jeg hadde vondt av ofrene. Da kom tanken: Jeg kunne jo gi bort disse pengene til innsamlingsaksjonen. De ville redde liv.

Man skulle tro jeg ble glad. Jeg ønsket jo de flodbølgerammede vel, og her kunne jeg bidra med midler som jeg for et øyeblikk siden ikke brydde meg så veldig mye om. Tanken på å gjøre et tullete kjøp hadde ikke skremt meg. Det var tross alt penger jeg ikke hadde regnet med. Likevel kjente jeg umiddelbart en motvilje mot å gi dem bort. Jeg så for meg at disse pengene kom jeg til å savne en dag. Var det en frykt for å være uansvarlig jeg kjente?

Uviljen min i dette øyeblikket har undret meg siden.

Muligheten til å redde liv ligger også i dag rett foran oss. Gir man penger via gjeffektivt.no, kan man være trygg på at de tildeles organisasjoner som kan dokumentere kostnadseffektiv, virksom hjelp. Å hindre at ett barn dør av malaria, kan koste om lag 40 000 kroner, ifølge evidensbaserte overslag (Give Well, 2022).

40 000 kroner er ikke småpenger, og det er mye å be om. Men hvordan stiller det seg om vi tar inn over oss hva som ligger i den andre vektsskålen? Ett barn som kan få leve likevel, mange flere som spares for alvorlig sykdom, og familier som slipper å sørge. Legg til at det blir økonomisk vekst i områder der barna beskyttes. Er det ikke egentlig et røverkjøp?

Gjennom studietiden ville jeg forstå hvorfor vi lot slike muligheter gå fra oss. Alle forutsetninger for et sterkt humanitært engasjement skulle være på plass i de fleste av oss: humanistiske verdier om likeverd, tro på at humanitære organisasjoner kan omsette penger til effektiv nødhjelp, og erkjennelsen av at vi i global sammenheng er veldig rike. Jeg antok at vi bare ikke hadde dvelt ved alle disse kognisjonene samtidig. Om vi bare gjorde det, ville det være som å tenne en fyrstikk i et fyrverkerilager. Vi ville umiddelbart gjøre det til vårt fremste mål å utrydde verdens fattigdom. Jeg trodde for eksempel at fagforeninger ville synes det var en god ide å stille knallharde krav i lønnsforhandlinger, for så å la hele lønnsøkningen tilfalle humanitære formål. Solidaritet var jo utgangspunktet for dem. Når deres medlemmer i alt vesentlig hadde fått dekket sine materielle behov og mer til, så var det vel på tide å løfte opp de aller fattigste? En medstudent forsøkte å forklare meg at dette hadde nok liten sjanse for å slå an i Psykologforeningen. Jeg forsto ham ikke. Rekkevid-



den av psykologers kjøpekraft var jo enorm, målt i menneskeliv. Var det ikke opplagt hvordan vi burde bruke den?

Jeg kan undre meg over naiviteten min den gang. Hvorfor skulle psykologene kjenne seg særlig kallet? Hvor er sakligheten i å peke på én gruppe fremfor en annen? Burde ikke alle trå til samtidig, slik at hjelpebyrden ble fordelt? Eller burde ikke de styrtrike gå foran?

Jo, det burde de. Men likevel lider mennesker unødvendig død med deg og meg som passive tilskuere. Mer enn noen burde psykologer være oppmerksomme på den sosialpsykologiske fellen i å tro at vi er fritatt for ansvar bare fordi det også er andre vitner til ulykken. De ekstremt fattige er vår Kitty Genovese (Wikipedia). De har skreket sin nød i nabola- get vårt helt siden Peter Singer i 1972 publiserte essayet «Famine, afflu- ence and morality» (Singer, 1972). Der pekte han på våre muligheter til å hjelpe verdens nødstedte og ansvaret som følger med. Han sammen- lignet måten vi forholder oss til dette på, med det å unnlate å hjelpe et druknende barn av den grunn at det er ubeleilig når en er på vei til jobb og har på seg nye sko som ikke må bli våte.

Rekkevidden av Singers resonnement er overveldende, for det fins langt flere enn ett barn som drukner. De 40 000 som det koster å redde et liv, har jeg, og kanskje du også. De neste 40 000 kronene vil også redde et »

”

Den store urettferdigheten er at barn drukner for våre tørre skos skyld



Jeg er hakket mindre naiv nå

liv, og de neste. Rekken av druknende barn tar ikke slutt, selv om vi gir bort alt vi har. Vi kommer aldri til å gi nok til at det løser vårt moralske dilemma: redde liv eller unne oss selv luksus. Kanskje er det like godt å gi opp før vi har begynt. Er dette forklaringen på at nordmenns gjennomsnittlige årlige gaver til internasjonal bistand stopper på 300 kroner? (Sivesind, 2016) Er det forklaringen på uviljen min til å hjelpe de flodbølgerammede i 2004?

Når hjelpebyrden er så enorm, er det urettferdig om psykologer skulle ta en større del av den enn andre. Men det er bare den *lille* urettferdigheten. Den *store* urettferdigheten er at barn drukner for våre tørre skoskyld – at barn dør av malaria når vi kunne reddet dem til prisen av en rimelig salong, en liten kjøkkenoppgradering eller en feriereise.

Jeg er hakket mindre naiv nå. Jeg tror ikke at en påminnelse om at vi enkelt kan redde liv, vil gjøre at psykologstanden reiser seg og tar ansvar. Men jeg synes det er et rimelig krav til menneskekjennerprofesjonen at den skal ta jobben med å forklare hvorfor hverken vi eller andre gjør det. Peter Singer (2019) har pekt på noen mulige psykologiske faktorer: ansvarsoppløsning, parokialisme, at ofrene er uidentifiserte, at det synes nytteløst, og at det kjennes urettferdig å skulle bidra mer enn andre. Finnes det psykologer som kan supplere ham, eller skal vi anta at en aldrende filosof har funnet alt som er å finne?

«**Den som redder** et liv, redder hele verden», lød anerkjennelsen Oskar Schindler fikk av jødene han hadde reddet fra holocaust. Kanskje er det tid for et øyeblikks introspeksjon der du observerer motforestillingene dine mot å benytte denne muligheten, som du har akkurat her og nå. ✕

REFERANSER

- Give Well Charity Research (2022). GiveWell cost-effectiveness analysis — version 5. https://docs.google.com/spreadsheets/d/1tyvmV_32H8XGGRJIUzRDTKTHrdevPIYmb_uc6aLeas/edit#gid=1377543212
- Singer, P. (2019). *10th anniversary edition: The life you can save: How to do your part to end world poverty*. Random House.
- Singer, P. (1972). Famine, Affluence and Morality. *Philosophy and Public Affairs*, 1. Reprinted in: Singer, P. (2016). *Famine, Affluence, and Morality*. Oxford University.
- Sivesind, K. H. (2016). *Kunnskapsoversikt: Private bidrag til frivillig sektor i Norge*. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. https://www.samfunnsforskning.no/sivilsamfunn/publikasjoner/hovedfunn/a4_folder_hovedfunn_private_bidrag_v12.pdf
- Wikipedia (2023, 8. februar). The Murder of Kitty Genovese. https://en.wikipedia.org/wiki/Murder_of_Kitty_Genovese
- Øverbye, M. (2004, 30. desember). Før og etter tsunamiene. VG. <https://www.vg.no/nyheter/utenriks/i/1kP12J/foer-og-etter-tsunamiene>

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:



Psykologtidsskriftets nyhetsbrev

Hold deg oppdatert

I nyhetsbrevet får du presentert et utvalg av de nyeste sakene som er publisert i siste utgave av Psykologtidsskriftet, samt de siste stillingsutlysningene.

MELD DEG PÅ:

Det er flere måter å abonnere på nyhetsbrevet. Du kan bruke QR-koden til høyre, besøke **psykologtidsskriftet.no**, eller melde deg på direkte her: <http://eepurl.com/dN8XqT>

Abonner:



Meninger

DEBATT

Lønnspolitikken er ikke hogd i stein

Vår lønnspolitikk er ikke hogd i stein selv om den har hatt bred oppslutning i flere år.



TEKST Håkon Kongsrud Skard, Arnhild Lauveng, Hanne Indregard Lind, politisk ledelse i Norsk psykologforening

LØNNS- OG ARBEIDSVILKÅR

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

DET NYE SENTRALSTYRET tar på alvor utfordringen fra Yngre psykologers utvalg (YPU) slik den blir beskrevet i kronikken *Ikke-spesialistene trenger et løft* i fjorårets novemberutgave av *Psykologtidsskriftet*. Vi ønsker å ivareta våre medlemmer som er psykologer, i like stor grad som våre medlemmer som er psykologspesialister. Vi vil takke utvalget for innsatsen de har lagt ned i å gjennomføre og analysere sin medlemsundersøkelse. Undersøkelsen har viktige og alarmerende funn om hvordan yngre psykologer opplever sin arbeidshverdag. At nær halvparten var usikre på om de ønsket å forbli i yrket, og at en av fem hadde hatt en sykemelding som helt eller delvis skyldes arbeidssituasjonen, utløser stor bekymring hos oss. Det bør også utløse stor bekymring hos arbeidsgivere og myndigheter. Undersøkelsen hadde flertallet av sine respondenter i spesialisthelsetjenesten, så sentralstyret ønsker å fortelle om vårt arbeid med denne sektoren.

Problemstillingene YPU løfter, er temaer som det avtroppende sentralstyret har jobbet mye med, og som det påtroppende styret ønsker å videreutvikle og forsterke innsatsen på. Medlemsundersøkelsene Psykologforeningen gjennomførte i 2019 og 2021 blant både spesialister og ikke-spesialister, viste tilsvarende alarmerende funn om tilbudet våre medlemmer opplevde å kunne gi i spesialisthelsetjenesten. Helse Vest sin egen undersøkelse av turnover viste at psykologer og psykologspesialister hadde høy ekstern

turnover – de forsvant ut av spesialisthelsetjenesten.

Problembeskrivelsen og våre løsningsforslag inngår i foreningens «Strategi for spesialisthelsetjenesten», som ble bestilt av landsmøtet i 2019. Denne legger grunnlaget også for vårt arbeid som påtroppende styre. Her skiller vi ikke mellom psykologspesialister og psykologer i våre tiltak knyttet til å rekruttere og beholde kompetanse. Dette skyldes at begge gruppene er like viktige for foreningen og i tjenestene. Dagens psykologer gjør en viktig jobb i tjenesten i mange år før de blir spesialister. De er også morgendagens spesialister, og dagens spesialister er de som gir psykologene veiledning og en faglig ledelse i tjenestene. Vi er med andre ord gjensidig avhengig av hverandre. Mange av utfordringene har psykologer og spesialister felles, men det nye styret vil se på om det er tiltak vi kan jobbe for som kan treffe hver gruppe enda bedre. Dette vil være høyt i vår bevissthet når vi reviderer strategien for denne landsmøteperioden.

Vi opplever at vår problembeskrivelse nå er allment akseptert av myndigheter og arbeidsgivere. Det kommer blant annet til uttrykk i regjeringsplattformen og regjeringens ønske om å «rette opp uverdige forhold innen psykisk helse». Vi har også hatt møter med Helse Sør-Øst og Helse Vest hvor forholdene for pasienter og ansatte i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling var tema. Likevel opplever vi en manglende vilje og evne



DISKUSJON Det er gjennom diskusjon og samarbeid i vår forening at vi skaper løsningene som vil gi bedre arbeidsvilkår for psykologer, skriver forfatterne. Foto: Library of Congress, Prints & Photographs Division

hos myndighetene til å adressere problemene eller ta i bruk løsningene vi tilbyr. Årsakene til dette er sammensatte, og noen av dem utdypes i nevnte strategi. Likevel mener vi heldigvis å se noen positive utviklinger å bygge videre på.

Det er også viktig å ha med seg at våre problemstillinger inngår i en større helhet, hvor offentlige helsetjenester i sin allmennhet er under stort press. Sykehustalen til helseministeren varslet at budsjettene blir enda mer presset i tiden fremover. Problemstillingene som beskrives fra spesialisthelsetjenesten, er derfor viktige for det nye sentralstyret. Samtidig må første- og andre-linjetjenester ses i sammenheng med hverandre, og i sammenheng med andre tilbud. Vi ønsker derfor å følge opp strategien for kommunale tjenester, hovedsatsingsområdet «Helse gjennom arbeid», se på spesialistutdannelsen og forvaltningen av fagetikken og mye, mye annet. Kun ved å se foreningens virke i sammenheng kan vi svare ut behovene helhetlig i tråd med vårt prinsipprogram.

YPU tar også opp Psykologforeningens lønnspolitikk som et område hvor psykologer bør prioriteres. Vår lønnspolitikk er ikke hogd i stein og er jevnlig gjenstand for diskusjon, selv om den har hatt bred oppslutning i flere år. Foreningens lønns- og arbeidslivsutvalg vil ha temaet på agendaen i neste møte. Landsmøtets beslutning om å opprette fem sektorutvalg gir i tillegg nye arenaer for å diskutere lønnspolitikk, herunder en mer differensiert lønnspolitikk for psykologer. Vi oppfordrer også våre medlemmer til å ha disse diskusjonene på sine arbeidsplasser all den tid vår lønn er basert på lokale forhandlinger.

Det nye styret ser frem til å ta fatt på den viktige oppgaven landsmøtet har vist oss til til å forvalte. Sentralt i dette er dialog med våre utvalg. Yngre psykologers utvalg har med sin utfordring gitt en god start på dette. Det er gjennom diskusjon og samarbeid i vår forening og med våre medlemmer at vi skaper løsningene som vil gi bedre arbeidsvilkår for psykologer, bedre tjenester til våre pasienter og bedre psykisk helse i befolkningen. ✕



Vi opplever at vår problembeskrivelse nå er allment akseptert av myndigheter og arbeidsgivere

Les flere innlegg i debatten om lønnspolitikk på våre nettsider





John Thomson 25

Hva motiverer psykologene?

Hvis ikke psykisk helsevern reduserer arbeidsbelastningen og gir autonomien tilbake til fagfolkene, vil ikke kvalitetsmålene ha noen kvalitet å vise til.

DA JEG SLUTTET som klinisk psykolog ved en enhet for døgnbehandling i desember 2019, var det kun et drøyt halvår etter at jeg var ferdig utdannet. Et halvår som i stor grad ble brukt til å erfare innføringen av pakkeforløp (nå nasjonale pasientforløp) i psykisk helsevern. Og til å oppleve hva det vil si å stå i en stilling med stor arbeidsbelastning, liten grad av selvbestemmelse og tilhørighet, og stort medmenneskelig ansvar. Jeg tok med meg erfaringene inn i et doktorgradsarbeid ved BI. Målet var å kunne bedre forstå prosessene som gjør at motivasjon svinner hos fagfolk. Jeg ble ironisk nok selv en del av statistikken over de som sluttet. I disse dager ferdigstiller jeg en datainnsamling, blant annet på motivasjon hos helsepersonell i psykisk helsevern. Det som er mest slående, er hvor mye solid internasjonal forskning som foreligger, uten at det finnes skikkelige nasjonale evalueringer av hvordan vi har endt opp med skyhøye tall på psykisk utmattelse og utbrenthet blant helsepersonell (Simionato & Simpson, 2018; Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2018, s.124) og behandlerflukt fra offentlig helsevesen.

KUNNSKAPSGRUNNLAGET

For å kunne vurdere hvilke tiltak som kan møte de store utfordringene dagens psykiske helse-

vern står overfor, må vi løfte blikket og se hva tallene betyr. I Psykologforeningens medlemsundersøkelse fra 2021 svarer én av tre psykologer at de opplever å ikke få møtt pasienter ofte nok til å gi god behandling. Nesten syv av ti opplever at de ofte ikke hjelper pasientene direkte med å delta i arbeid og utdanning, om det er det pasientene har behov for at det (Norsk psykologforening, 2021). At dette er et massivt hinder for kvalitet i pasientbehandling, er det ingen tvil om. Men det er også en direkte indikasjon på psykologers motivasjon og trivsel. En studie som inkluderte 250 timer med observasjonsdata samt intervjudata fra legespesialister ved tre sykehus i Nederland, fant at det som svekket motivasjonen til spesialistene, var nettopp prosesser og oppgaver som tok oppmerksomheten vekk fra pasientarbeidet eller forringet behandlingskvaliteten. (van der Burgt et al., 2020).

ENTYDIG BILDE

Over 40 år med forskning på motivasjon maler et entydig bilde: I så godt som alle yrker er både trivsel og prestasjon høyere når de ansatte er indre motiverte enn når de er ytre motiverte eller umotiverte. Indre motivasjon, definert som motivasjon drevet av indre belønning som tilfredshet eller mening, har gjennomgå-



TEKST Frida Feyer, psykolog og ph.d.-kandidat ved Handelshøyskolen BI

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

RAMMEVILKÅR

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter





Dagens system står altså i direkte motsetning til motivasjonsfremmende faktorer

ende blitt vist å bidra til utallige positive utfall, resiliens, trivsel på jobb, faglig utvikling og jobbtilfredshet hos ansatte i helsesektoren (Yoon et al., 2017). Også drivere av motivasjon har vi god oversikt over. Det er tre grunnleggende psykologiske behov som har overordnet betydning for indre motivasjon

- å ha autonomi
- å føle seg kompetent
- å føle tilhørighet

Dette er ettertrykkelig befestet, blant annet i en metaanalyse som inkluderer mer enn 45 000 ansatte på tvers av bransjer (Van den Broeck et al., 2016). Store deler av arbeidslivet ellers er lidenskapelig opptatt av å implementere «myk» HR-praksis. Målet er å få ansatte til å oppleve at de har handlingsrom og frihet, og kan utvikle seg og finne mening i jobben. Hvorfor skorter det på dette perspektivet innen psykisk helsevern og helsesektoren generelt?

BYRÅKRATI OG STANDARDISERING

Få er uenig i at byråkrati, rapporteringskrav og kompromissløs standardisering bidrar til krisen som har oppstått i helsevesenet, og særlig i psykisk helsevern. Det er en så etablert sannhet at Ingvild Kjerkol i et intervju med *Psykologtidsskriftet* 16. januar selv uttaler at det å kutte i antall rapporteringsrutiner og redusere byråkrati, er oppdraget Helsedirektoratet har fått for å gjøre det mer attraktivt å jobbe i psykisk helsevern. Rapporteringsrutiner og standardisering er tiltak som kan bidra til å øke gjennomsiktighet og etterprøvnbarhet, men som vil innskrenke behandleres autonomi og selvbestemmelse. Dette er med andre ord et virkemiddel der effekten er uvis og bivirkningen er uunngåelig. I tillegg ser vi hvordan høyt arbeidspress i helseforetakene fører til manglende veiledning, oppfølging og støtte. Det hemmer opplevelsen av kompetanse og tilhørighet, som igjen gir dårligere prestasjoner og en lavere produktivitet (Kuvaas et al., 2017). Dagens system står altså i direkte motsetning til motivasjonsfremmende faktorer, uten at det nødvendigvis bidrar til å øke hverken produktivitet eller etterprøvnbarhet.

LØNN ELLER MENING?

I den pågående debatten om trange arbeidsvilkår i psykisk helsevern står man gjerne igjen med de som mener at en proaktiv lønnspolitikk må til for å få lønnen til å matche arbeidsbetingelsene, og de som mener det må en grunnleggende endring av arbeidsbetingelsene til. Også her foreligger det en stor mengde forskning. Der indre motivasjon skapes av indre belønning som tilfredshet eller mening, påvirkes ytre motivasjon av ytre faktorer, som økonomiske insentiver eller straff. I forskning fra andre sektorer er budskapet klart: Ansatte som er drevet av ytre motivasjon, tenker *mer* enn andre på å slutte i jobben. Ansatte som er indre motiverte tenker *mindre* enn andre på å slutte i jobben (Kuvaas et al., 2017). Det er altså ikke bare slik at ytre motivasjon, som økonomiske insentiver, ikke kan kompensere for mangel på indre motivasjon. Ytre motivasjon er i seg selv tidvis assosiert med negative utfall. Vi har noe forskning som viser at høy fastlønn er assosiert med indre motivasjon. Men det er fordi høy lønn fungerer som

en indikator på at man blir satt pris på og vist tillit, altså nok et bidrag inn til opplevd autonomi og kompetanse.

HVOR GÅR VI NÅ?

I en litteraturgjennomgang av forskning gjort på mer eller mindre motiverende arbeidsoppgaver, utarbeidet jeg en modell for hvordan motivasjon for ulike arbeidsoppgaver over en periode kan akkumuleres til motivasjon eller demotivasjon, eller balanseres ut over tid (Feyer, 2021). Det er forståelig at Kjerkol og Helseledelse ønsker å holde på noe rapporte-

ring for å kunne evaluere tjenestekvalitet, men dette behovet må avveies mot viktigheten av autonomi og opplevd kompetanse. Fremtidig forskning vil forhåpentligvis kunne vise hvordan vi skal balansere motiverende pasientarbeid og demotiverende rapporteringsoppgaver på en måte som ikke går ut over psykologers ønske om å fortsette i sine stillinger. Men frem til vi kommer dit, må målet for psykisk helsevern være å kutte ned på arbeidsbelastning og gi autonomien tilbake til fagfolkene. Klarer vi ikke det, vil kvalitetsmålene ikke ha noen kvalitet å vise til. ❖

REFERANSER

- Feyer, F. (2021). Cross-task Motivation-A Review of the Literature Using a Meta-Narrative Approach [Academic lecture]. Academy of Management Annual Meeting 2021.
- Kuvaas, B., Buch, R., Gagné, M., Dysvik, A. & Forest, J. (2016). Do you get what you pay for? Sales incentives and implications for motivation and changes in turnover intention and work effort, *Motivation and Emotion*, 40(5), 667–680. <https://doi.org/10.1007/s11031-016-9574-6>
- Kuvaas, B., Buch, R., Weibel, A., Dysvik, A. & Nerstad, C. G. (2017). Do intrinsic and extrinsic motivation relate differently to employee outcomes? *Journal of Economic Psychology*, 61, 244–258. <https://doi.org/10.1016/j.joep.2017.05.004>
- Norsk psykologforening. (2021). *Kartlegging psykisk helsevern og TSB. Rapport fra Norsk psykologforening mai 2021.*
- Van den Broeck, A., Ferris, D. L., Chang, C.-H. & Rosen, C. C. (2016). A review of self-determination theory's basic psychological needs at work. *Journal of Management*, 42(5), 1195–1229. <https://doi.org/10.1177/0149206316632058>
- Van der Burgt, S. M., Nauta, K., Kusurkar, R. A. & Peerdeman, S. M. (2020). A qualitative study on factors influencing the situational and contextual motivation of medical specialists. *International journal of medical education*, 11, 111–119. <https://doi.org/10.5116/ijme.5e88.b9ff>
- Yoon, J. D., Daley, B. M. & Curlin, F. A. (2017). The association between a sense of calling and physician well-being: a national study of primary care physicians and psychiatrists. *Academic Psychiatry*, 41, 167–173.

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.

DEBATTINLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINLEGG

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.

Biopsykososial forståelse på trygg etisk grunn

Det er ingenting i en biopsykososial forståelse i seg selv som tilsier at CFS/ME er forårsaket av pasientens atferd eller tankemønstre.



TEKST Borrik Schjødt, Linn Breen Herner, Arnstein Finset, Nina Lang, Helene Høie, Tone Hansen, alle medlemmer av Psykologforeningens fagutvalg for klinisk helsepsykologi.

BIOPSYKOSOSIAL MODELL

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

I FEBRUARNUMMERET AV TIDSSKRIFT for Norsk psykologforening beskriver Frøydis Lilledalen hvordan bruk av en biopsykososial modell utfordrer fagetikken. Ifølge henne anvendes modellen på en måte som kan virke både krenkende og uetisk for personer med ulike plager, i dette tilfellet CFS/ME. Psykologiske tilnærminger i møte med pasienter med somatiske plager har vært gjenstand for debatt tidligere (Berg, 2021).

Vi er enig med Lilledalen i at bruk av modeller kan ha etiske implikasjoner. Våre fagetiske prinsipper sier noe om respekt for den enkeltes rettigheter, verdighet og integritet, ansvar for kvaliteten av den enkeltes arbeid, og at man skal opprettholde høy faglighet i arbeidet. I dette ligger det både ivaretagelse av den enkelte pasient, en plikt til å holde seg faglig oppdatert, og et ansvar for at psykologiske modeller ikke brukes på en krenkende måte.

Lilledalen baserer sin kritikk blant annet på en artikkel av David Marks (2022). Han problematiserer en psykosomatisk tilnærming (the Psychosomatic School) som baserer seg på en biopsykososial modell i forståelse og behandling av tilstandene MUS (Medically unexplained symptoms), ME og CFS. Marks viser at det i denne tilnærmingen er innebygd en påstand om at MUS, CFS og ME er et resultat av maladaptiv læring. Dette forklares med utgangspunkt i atferdsmessige og kognitive forhold, og med henvisning til en biopsykososial modell. Vi er enige i at en slik tilnærming er problematisk.

FORSTÅELSE HELLER ENN MODELL

David Marks hevder at den biopsykososiale modellen ikke er en modell i vitenskapelig forstand. Den kan hverken brukes til å forstå eller forutsi oppførselen til objekter, levende vesener eller systemer. Psykiateren og indre-

medisineren George Engel presenterte en biopsykososial modell som et alternativ til den reduksjonistiske biomedisinske og dualistiske tenkingen som var rådende på 70-tallet (Engel, 1977). Med schizofreni og diabetes som eksempler beskrev han hvordan individet må inkluderes for å forstå og behandle sykdom. Engel formulerte hverken en vitenskapelig modell eller et synspunkt som var banebrytende nytt. Hans forslag til en ny modell oppsummerte en tendens i tiden; en forståelse av at for å forstå et fenomen må vi ta hensyn til både biologiske, psykologiske og sosiale forhold, både enkeltvis og hvordan de samhandler.

Når vi bruker begrepet biopsykososial innenfor fagfeltet klinisk helsepsykologi, refererer det ikke til en vitenskapelig modell i ordets egentlige betydning, men noe som gir retning for hvordan vi forstår sykdom og symptomer hos et menneske. Det vil si en formaning om å utrede og behandle ut fra et helhetlig bilde, både biologisk, psykologisk og sosialt, og forsøke å se disse faktorene i sammenheng.

Marks har i sin kritikk av den biopsykososiale modellen tatt utgangspunkt i hvordan implementering av denne i Storbritannia har vært uheldig. Problemet synes å ligge i *utøvelsen* av en biopsykososial tilnærming, ikke selve *tenkningen* som ligger til grunn. Lilledalen hevder at «biopsykososial modell beskriver ME som en 'sykdomsopplevelse' forårsaket av pasientens atferd og tankemønstre», og hun omtaler «den biopsykososiale ME-hypotesen». Det ligger ikke noe i en biopsykososial forståelse i seg selv som tilsier at CFS/ME er forårsaket av pasientens atferd eller tankemønstre.

BETYDNINGEN AV BIOLOGISK FORSTÅELSE

Det biopsykososiale perspektivet er grunnleggende i klinisk helsepsykologi. Helt sentralt

i dette er betydningen av biologisk forståelse. For sykdommer der det biologiske grunnlaget ikke er fullt ut kjent eller utforsket, er det viktig å være ydmyk og søke videre etter biologisk kunnskap som kan hjelpe til å forstå tilstanden. En biopsykososial forståelse innebærer at alle tanker, følelser og handlinger har biologiske korrelater. Vi vet for eksempel at en forventning om at en smerte vil vare og forsterkes, kan føre til at pasienten faktisk opplever mer smerte. Det handler ikke om magi, men om biologi. Prosessering av forventning i hjernen henger sammen med prosesser med betydning for smerte (Koyama et al., 2005). Det er viktig med åpenhet for at samspillet mellom tanker, følelser og biologi påvirker sykdom, enten på en uheldig måte, eller på en måte som kan fremme mestring og i mange tilfeller også symptombedring.

GODT GRUNNLAG FOR ETISK PRAKSIS

Ved ulike former for utmattelse, inkludert CFS/ME, vil alltid ulike *biologiske mekanismer* gjøre seg gjeldende. I tillegg er ulike faktorer sentrale i *forløpet* av sykdomsutviklingen. For å forstå og være til hjelp for en person med CFS/ME, er det nødvendig å kartlegge og utrede både fysiologiske, psykologiske og sosiale forhold for å kunne legge en plan for behandling sammen med pasienten. Når en person har somatiske plager, påvirker det personen, enten det er i form av opplevd tiltaksløshet, slitenhet, oppgitthet, tap, engstelse, tilbaketrekning eller andre reaksjoner. Tiltak må derfor rettes mot både de somatiske plagene og mot de psykologiske og sosiale konsekvensene av en somatisk tilstand, fortrinnsvis i en tverrfaglig sammenheng. På den måten ivaretar man hele mennesket og hele tilstandsbildet.

Vi mener at det å anlegge et biopsykososialt perspektiv i møte med mennesker med sykdom, danner et godt grunnlag for en god etisk praksis. Et biopsykososialt perspektiv er hverken etisk eller uetisk i seg selv. Men å forstå en problemstilling fra ulike perspektiver, å se på forklaringer og konsekvenser både på et somatisk, psykologisk og kontekstuel nivå, og å sette inn tiltak for å ivareta pasienten på flere områder samtidig, det er for oss nødvendig for en etisk praksis. ✕

REFERANSER

- Berg, S.H. (2021). Det er ikke farlig å ha vondt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(12), 1057–1059.
- Marks, D.F. (2022). The Rise and Fall of the Psychosomatic Approach to Medically Unexplained Symptoms, Myalgic Encephalomyelitis and Chronic Fatigue Syndrome. *Arch Epidemiol Pub Health Res*, 1(2), 97–143.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–36. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Koyama, T., McHaffie, J. G., Laurienti, P. J. & Coghill, R. C. (2005). The subjective experience of pain: where expectations become reality. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102(36), 12950–12955. <https://doi.org/10.1073/pnas.0408576102>.



Faksimile av februarutgaven



Problemet synes å ligge i utøvelsen av en biopsykososial tilnærming, ikke selve tekningen som ligger til grunn



HJELPEKUNST Som i all god «hjelpkunst» må vi starte der pasienten befinner seg, skriver artikkelforfatterne. Foto: Andrzej Wilusz / Shutterstock / NTB Scanpix

Feilslutning å forkaste BPSM

Frøydis Lilledalen vil forkaste en helhetlig, biopsykososal sykdomsforståelse (BPSM). Det er problematisk.



TEKST Linn Breen Herner, Trond H. Diseth, Helene Helgeland, Stein Førde og Solveig Gjems, Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet; Ingrid B. Helland, Barneavdeling for nevrofag, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

BIOSPYKOSOSIAL MODELL

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

LILLEDALENS ARTIKKEL I februarnummeret av Psykologtidsskriftet (Lilledalen, 2023) er en påminner om at det biopsykososiale perspektivet stiller krav til alle som jobber ut fra denne tilnærmingen. Vi mener imidlertid at hennes beskrivelser og eksempler illustrerer noe helt annet enn et biopsykososialt perspektiv.

Når vi møter barn og unge med langvarig utmattelse, smerter eller andre somatiske symptomtilstander og spør hva de opplever som aller vanskeligst, svarer mange at det er «å ikke bli trodd», som om plagene skulle være innbilte eller ikke reelle. Verre enn å ha invalidiserende smerter eller utmattelse, gå glipp av bursdager, bli sliten av et kvarters skole, måtte slutte med favorittaktiviteten eller ikke få være russ med sitt kull, er altså opplevelsen av å bli mistrodd. Også pårørende beskriver belastninger ved ikke å bli tatt på alvor eller forstått.

STEN TIL BYRDEN

Vi kan kjenne igjen Lilledalens beskrivelser av at helsevesenet strever med å ivareta per-

soner med sammensatte kroppslige symptomer, inkludert medisinsk uforklarte symptomer (MUS) og kronisk utmattelsesessyndrom / myalgisk encefalomyelitt (CFS/ME). Pasienter som blir sendt mellom somatikk og psykisk helservern uten å få tilstrekkelig hjelp noe sted. Dette legger sten til byrden for pasientene og deres familier. Og det representerer i seg selv en faktor som bidrar til opprettholdelse og forverring (Kozłowska et al., 2021). Det er fagetisk utfordrende.

Lilledalen gir den biopsykososiale modellen skylden for disse utfordringene. Med støtte i en artikkel av Marks (2022) kritiserer hun anbefalinger om psykososiale behandlingsstrategier ved tilstander som MUS og CFS/ME. En biopsykososal sykdomsforståelse rommer imidlertid alle disse perspektivene. At man finner avvik i fysiologi hos mennesker med langvarig smerte og utmattelse, står heller ikke i motsetning til en biopsykososal forståelse. Lilledalen legger dermed uriktige premisser til grunn for sine synspunkter. Hennes slutning om å forkaste

en helhetlig, biopsykososial sykdomsforståelse blir en feilslutning. Det er problematisk.

BPSM I KLINISK PRAKSIS

Den biopsykososiale modellen har vært gjenstand for kritikk siden Engel presenterte den på 70-tallet (Engel, 1977), blant annet for ikke å møte kravene til en vitenskapelig modell (McLaren, 1998). Det er i dag mer vanlig å referere til modellen som et perspektiv eller rammeverk (Førde et al., 2022). Dette perspektivet er relevant og viktig fordi det sier noe overordnet og grunnleggende om betydningen av et helhetlig perspektiv for forståelse av helse og sykdom. Det gir rammer for å favne ny vitenskap. Eksempler på dette er kunnskap om betydningen av vekselvirkninger mellom gener og miljø, mellom biologi, følelsesmessige og sosiale faktorer, og betydningen av traumer og andre belastninger for utvikling av sykdom og helseplager.

Modellen må imidlertid brukes med kyndighet og ydmykhet og reflekteres i god klinisk praksis (Helgeland et al., 2022; Førde et al., 2022). Dette er i tråd med retningslinjer fra nasjonale og internasjonale fagmiljøer, som basert på stadig økende kunnskap, anbefaler en helhetlig, biopsykososial forståelse og tilnærming i utredning og behandling av sammensatte somatiske symptomtilstander (Helgeland et al., 2022; Førde et al., 2022; Kangas et al., 2020; Kozłowska et al., 2021; Walker, 2019).

PASIENTSENTRERT BEHANDLING

Sentralt for Engel var individets rolle og plassering i hierarkiet av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (Engel, 1992). Helsepersonell kan påvirke disse faktorene og prosessene både positivt og negativt, gjennom utredning og behandling (Førde et al., 2022). Når en pasient opplever å ikke bli trodd, forstått eller møtt på en god måte av helsevesenet, vil de ofte oppleve fremtidige møter med helsevesenet som belastende og ikke-hjelpsomme. Så hvor starter vi, og hvor går vi når pasienten har opplevd møter med helsevesenet som krenkende og vanskelige?

Som i all god «hjelpkunst» må vi starte der pasienten befinner seg. Hvis pasient og familie ikke er tilstrekkelig motivert for en helhetlig tilnærming, kan vi heller ikke hjelpe. Slike prosesser tar tid. Vi tar utgangspunkt i at pasient kan ha plager som han/hun opplever at andre ikke har forstått. At andre kanskje har mistenkt at han/hun «faker» symptomene, eller at de har møtt personer i helsevesenet som ikke har vært til hjelp. Vi formidler med tydelighet at vi vet at han/hun er sliten eller har smerter, og at vi vet at plagene er helt reelle.

Vi beskriver hvordan vi jobber i tverrfaglige team med andre somatiske leger, fysioterapeut og sykepleiere, at vi møtes jevnlig for å drøfte symptomene, hvordan de kan forstås og hva som kan være riktig behandling (Førde et al., 2022; Helgeland et al., 2022). I mange tilfeller avdekkes ikke somatisk sykdom som skal behandles med medisiner eller kirurgi. Pasienten kan derimot ha nytte av behandlingstiltak som f.eks. fysioterapi, redusert og tilpasset timeplan, samtaler og veiledning. En familie- og foreldretilnærming står ofte sentralt. Hvis pasient og foreldre fortsatt ønsker å forfølge somatiske spor, formidler vi betydningen av på et tidspunkt å sette strek for videre utredning, som er en kjent opprettholdende faktor i seg selv (Helgeland et al., 2022).

HÅP I HANDLINGSROMMET

Fortsatt finnes biomedisinske mekanismer og sammenhenger som vitenskapen ikke kjenner fullt ut. Vi imøteser forskning som kan vise vei til ny



Vi kan kjenne igjen Lilledalens beskrivelser av at helsevesenet strever med å ivareta personer med sammensatte kroppslige symptomer





Som i all god «hjelpkunst»
må vi starte der pasienten
befinner seg

biomedisinsk behandling som kan benyttes i kombinasjon med annen virksom behandling. Ut fra dagens kunnskap har vi imidlertid et ansvar for å gi gode diagnostiske forklaringer på kjente biologiske mekanismer som blant annet involverer sentralnervesystemet, immunsystemet og hormonsystemet, og som sammen bidrar til utmattelse og smerter. Vi har et ansvar for å formidle at tiltak som adresserer fysiske, psykologiske, sosiale og skolemessige belastninger, har vært avgjørende for andre i lignende situasjon, og kan føre til varig bedring. Vi har ansvar for å formidle at det finnes håp i pasientens handlingsrom, slik at han/hun ikke blir sittende på venteværelset i påvente av et medikament.

Helsevesenet har potensial for forbedring av tverrfaglig, helhetlig arbeid med sykdom og helseplager. En helhetlig, biopsykososial forståelse gir rammer for å møte pasienter med sammensatte somatiske symptomtilstander ut fra oppdatert vitenskapelig kunnskap og i tråd med nasjonale og internasjonale retningslinjer for utredning og behandling.

Vi vil fortsatt forsøke å møte pasient og familie der de er, lytte til deres historier, bruke tid på somatisk avklaring, og bidra til at pasient og pårørende er trygge på at somatiske, psykologiske og sosiale faktorer er iverretatt i oppfølging og behandling. ✕

REFERANSER

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Engel, G. L. (1992). How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57(1–2), 3–16. <https://doi.org/10.1159/000288568>
- Førde, S., Herner, L. B., Helland, I. B. & Diseth, T. H. (2022) The biopsychosocial model in paediatric clinical practice – An interdisciplinary approach to somatic symptom disorders, *Acta Paediatrica*, 111(11), 2112–2124. <https://doi.org/10.1111/apa.16517>
- Helgeland, H., Gjone, I. H. & Diseth, T. H. (2022). The biopsychosocial board – A conversation tool for broad assessment and identification of effective treatment of children with functional somatic disorders. *Human Systems: Therapy, Culture and Attachments*, 2(3), 144–157. <https://doi.org/10.1177/26344041221099644>
- Kangas, M., Kallesoe, K. H. & Rask, C. U. (2020). Functional somatic syndromes (FSS) in children and adolescents: conceptual, measurement and treatment issues. *Zeitschrift für Psychologie*, 228(2), 81–92. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000401>
- Kozłowska, K., Sawchuk, T., Waugh, J. L., Helgeland, H., Baker, J., Scher, S. & Fobian, Aa. D. (2021). Changing the culture of care for children, adolescents with functional neurological disorder. *Epilepsy & Behavior Reports*, 16, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.ebr.2021.100486>
- Lilledalen, F. (2023). En modell som utfordrer fagetikken. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(2). <https://psykologtidsskriftet.no/etikspanelet/2023/01/en-modell-som-utfordrer-fagetikken>
- Marks, D. (2022). The rise and fall of the Psychosomatic Approach to MUS, Myalgic Encephalomyelitis and Chronic Fatigue Syndrome, *Archives of Epidemiology & Public Health Research*, 1(2), 97–143.
- McLaren, N. (1998). A critical review of the biopsychosocial model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 86–92. <https://doi.org/10.3109/00048679809062712>
- Walker, L. S. (2019). Commentary: understanding somatic symptoms: from dualism to systems, diagnosis to dimensions, clinical judgement to clinical science. *Journal of Pediatric Psychology*, 44(7), 862–867. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz050>



ROBOTPRAT Hvilke konsekvenser kan omgang med samtaleroboten ChatGPT få for psykisk helse, spør artikkelforfatteren. Foto: Andy Kelly, Unsplash

Maskinlæring trenger psykologhjelp

Maskinlæringsmodeller som kan predikere atferden vår, utfordrer den psykiske helsen. Psykologer må kjenne sin besøkelsestid.

MED LANSERINGEN AV samtaleroboten ChatGPT kan et kappløp innen maskinlæring, også kalt kunstig intelligens, ha begynt. En debatt om hvilke konsekvenser teknologi som kan forutsi enkeltindividets atferd (kanskje bedre enn en selv) vil ha for folks psykiske helse, bør vi ha før, og ikke etter at teknologiselskaper har utviklet teknologien. Psykologers kunnskap er viktig i debatten om i hvilken kontekst maskinlæring kan være verdifull og forsvarlig – og hvor det ikke vil være det.

HVA ER MASKINLÆRING?

Maskinlæring benytter statistiske metoder for å finne mønstre i store datamengder. Tekst,

tall, bilder og video kan brukes som data for modellering.

Et høyaktuelt eksempel er ChatGPT, en maskinlæringsmodell som bygger på språk. Det er en gratis chattetjeneste hvor du kan stille spørsmål og få svar. For eksempel kan du beskrive et psykologisk kasus og be om en behandlingsplan, som i sin form fremstår som å være skrevet av et menneske.

Bruken av ChatGPT har vokst i rekordfart. Etter kun fem dager hadde chattetjenesten mer enn én million brukere. Til sammenligning brukte Netflix og Instagram henholdsvis 3,5 år og 2,5 måneder på å nå det samme tallet.



TEKST Astrid Brænden, psykolog og stipendiat, UiO

KUNSTIG INTELLIGENS

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter





Psykologers kunnskap er viktig i debatten om i hvilken kontekst maskinlæring kan være verdifull og forsvarlig

Utviklerne av ChatGPT, OpenAI, hevder at chattetjenesten er tilgjengelig uten annet formål enn å få tilbakemeldinger for å lære om dens styrker og svakheter. Dette kan godt være tilfellet, men samtidig betyr det at millioner av mennesker samspiller med tjenesten uten at selskapets intensjoner er tydelige og transparente. Vår kollektive bruk gir tjenesten massive mengder ny data om hva vi er opptatt av, og dermed innsikt i våre tanker.

Dette får meg til å undre: Hvor mange og lange opptak av hva du sier, vil en språkmodell trenge for å forutsi det neste du vil si? Ville en, to eller tre måneder med kontinuerlige opptak av dine daglige interaksjoner vært nok? For de fleste er det sjelden mobilen, som kan gjøre lydopptak, er langt unna. Lyd kan maskinelt og automatisk gjøres om til tekst, og slik bli data for maskinlæring. Mobil og smartklokker kan videre registrere hva du søker etter, dine «klikk», helsedata, observasjonstid, og hva du eksponeres for. Hvis utviklere vil og dette ikke er tilstrekkelig regulert, eller hvis noen vil misbruke teknologien og den mangler tilstrekkelig sikkerhet, er det nærmest ubegrenset hva maskinlæringsteknologi kan lære om deg og bruke til å forutsi atferden din.

Flere hevder at ChatGPT har kickstartet et kappløp innen kunstig intelligens, og Google lanserte 6. februar en tilsvarende språkmodell kalt Bard. Et slikt kappløp er imidlertid ansett som farlig nettopp fordi det kan ramme etiske hensyn, personvern og informasjonssikkerhet.

KONSEKVENSER FOR PSYKISK HELSE

Hvilke konsekvenser denne typen maskinlæring kan få for psykisk helse, er vanskelig å forutsi. Likevel vil jeg fremheve to mulige konsekvenser, og håper det engasjerer andre til å tenke gjennom flere perspektiver.

For det første: Stadig mer avanserte utgaver og bruksområder av ChatGPT-teknologi kan komme til å utfordre menneskers opplevelse av verdi. Foreløpig er ikke denne teknologien integrert i biologisk materie og har ikke tilgang til emosjoner eller sensoriske opplevelser. Teknologien kan ikke anses for å ha generell menneskelig intelligens eller på noen måte være «mennesker». Opplevelsen av å være nyttig, som er knyttet til opplevelsen av verdi, kan likevel utfordres når algoritmer i økende grad griper inn i hverdagen din, viser seg overlegen i å besvare komplekse spørsmål, eller gjør jobben din. Kanskje kan dette føre til at flere mennesker oppsøker terapi, særlig de som må omstille seg.

For det andre: Modeller som med høy presisjon kan predikere individers atferd, kan utfordre menneskers opplevelse av fri vilje.

Fri vilje er noe psykologien og filosofien, som psykologien opprinnelig er bygget på, har kunnskap om. Selv om mange lever godt med en forståelse av at fri vilje ikke finnes, lever mange andre med opplevelsen av at fri vilje er sentralt for deres liv og gir livet mening. I takt med at teknologien gradvis viser hvordan individers atferd og livsløp kan predikeres med høy presisjon, bør psykologer formidle kunnskap om hvordan mennesker kan leve meningsfulle liv uavhengig av hvorvidt fri vilje eksisterer. Det er uheldig hvis mennesker blir deprimerte eller unngår å ta ansvar for livene sine fordi enorme prediksjonsmodeller skaper en forståelse av at de ikke har selvagens. Jeg er altså bekymret for den psykiske helsen til mennesker som kan komme til å oppleve at deres eksistensielle grunnlag, som fri vilje, brått blir revet vekk når de innser at store deler av sine liv kan forutsies.

Kompleksitet og uforutsigbarhet skaper mening og verdi. Dersom opplevelsen av dette blir betydelig utfordret av maskinlæring, kan det ramme menneskers psykiske helse.

HVA VI KAN GJØRE

Etter mitt syn har maskinlæring i for liten grad blitt drøftet i vårt fagfelt. Psykologi er per definisjon studiet av atferd og mentale prosesser. Dersom maskinlæring er verktøyet som i størst grad vil kunne hjelpe oss med å predikere atferd og mentale prosesser, må psykologer ha bedre forståelse av slik teknologi. Hadde dette blitt tatt på alvor tidligere, ville psykologer kanskje vært i bedre posisjon til å påvirke teknologiutviklingen som individet virker å ha for lite kontroll over i dag.

Psykologer kan fortsatt få en viktig rolle i å avgjøre hvordan maskinlæring bør og ikke bør brukes. Vi har kunnskap om kompleksiteten i å anslå ny atferd basert på tidligere atferd, og kjenner til faktorer som kan påvirke dette og (derfor) bør tas hensyn til. Ettersom prediksjonsmodeller heller ikke forstår hva de selv gjør, er psykologers kunnskap viktig for å kunne si noe om rimelige og urimelige prediksjoner. Vårt fag beskjeftiger seg også med å skape endring og variasjon i etablerte mønstre av språk, tanker og atferd som har blitt uheldige. Psykologer har altså balansert kunnskap om at slike mønstre kan være vanskelig å endre, men at dette er mulig og om hvordan. Denne innsikten er viktig for å vurdere i hvilke kontekster maskinlæring kan være verdifullt og forsvarlig – og hvor det ikke vil være det.

MASKINLÆRING I TERAPI

Brukt på en sømmelig måte kan maskinlæring gi behandlere en dypere forståelse av en pasients vansker og bidra til mer persontilpasset behandling. Dette er mulig gjennom maskinlæringsmodeller, som fra store datamengder benytter oppdatert kunnskap om pasientens symptombylde til å «forstå» lidelsen og foreslå behandling. For personer med milde psykiske vansker, kan hjelp bli rimeligere og mer tilgjengelig med virtuelle terapeuter og chattetjenester.

Maskinlæring som et verktøy i terapi, må likevel alltid veies opp mot mulig risiko. Sensitive data kan komme på avveie eller misbrukes. Psykologer bør heller ikke ha ubegrenset tillit til analyser fra maskinlæringsmodeller. For å kunne foreta gode vurderinger må psykologer forstå teknologiens begrensninger. For eksempel kan slike modeller gjøre systematiske feil basert på sitt datagrunnlag. Andre risikoer er hvis behandlere blir mer opptatt av teknologien enn mennesket foran seg. Et eksempel er den amerikanske digitale helsetjenesten for emosjonell støtte kalt Koko. Koko brukte maskinlæring i digital terapi, hvor det var tvilsomt om brukerne visste dette. Selskapet er derfor anklaget for å ha brutt kravet om informert samtykke.

Selv om noen former for maskinlæring kan skape verdi for mennesker, kan utstrakt og uregulert bruk av maskinlæring komme til å ramme menneskers psykiske helse. Maskinlæring brukt til å predikere enkeltindividets atferd med høy presisjon, kan snart bli eller er allerede mulig. Før dette utvikles eller misbrukes, må psykologer med sin kunnskap om kompleksiteten i atferd og mentale prosesser, ta en sentral rolle i å avgjøre hvor og hvordan maskinlæring kan og ikke kan brukes forsvarlig. ✕



Etter mitt syn har maskinlæring i for liten grad blitt drøftet i vårt fagfelt

Grenseløs etikk?

Den pågående prosessen mot «psykiateren» etterlater fagetiske paradokser. Hvis fagetikken ikke har grenser, har ikke profesjonsmakten det heller.



TEKST sjefredaktør
Katharine Cecilia
Williams

Siden desember i fjor har vi vært vitne til en heftig utveksling på alle medieflater utløst av den danske lanseringen av boka *Diamantkvelder – tre fiksjoner*. Boka er basert på forfatter Hilde Rød-Larsens opplevelser med en ikke navngitt, men lett identifiserbar psykiater. Overskridelsene hun har opplevd, ble ifølge forfatteren muliggjort av en asymmetrisk maktbalanse mellom henne som ung, sårbar kvinne og en eldre, mannlig psykiater.

På Facebook-grupper og i kronikker har fagpersoner tatt til orde for en gjennomgang av fagetiske kjøreregler, og for å få på plass strukturer som kan motvirke grenseoverskridelser. Dette er svært viktig.

I Psykologtidsskriftets arkiver fra de siste 50 årene er det dessverre godt dokumentert at behandlere innleder seksuelle forhold til pasienter, eller begår seksuelle overgrep. Ingen er uenige i at vi må arbeide aktivt og årvåkent for å forhindre at slikt kan skje. Herfra skulle scenen være satt for en verdifull utveksling kolleger imellom. I stedet har tonen i den pågående debatten vært polarisert, og påstandsformen dominerende.

Rød-Larsens historie er ikke en fortelling om en seksuell grenseoverskridelse mellom en behandler og en pasient, og den er ikke dokumentert. Forfatteren har skrevet en roman basert på personlige erindringer av en hendelse som ligger 20 år tilbake i tid. Etter publiseringen har media behandlet forfatterens per-

sonlige historie på samme måte som media ellers ville behandlet en journalistisk publisert sak. Sven Egil Omdals kommentar «Psykiaterens tapte ære» i Aftenposten 16. januar og Anine Kierulfs kronikk «Finnes det noen som er uskyldige nok for folkedomstolen?» i Dagens Næringsliv 20. januar, er forhåpentligvis uttrykk for mediernes vilje til selvkritikk. For Rød-Larsens fremstilling ville aldri blitt publisert av en seriøs redaksjon med mindre den kunne dokumenteres, påstandene kunne understøttes, og den angrepne part hadde reell mulighet til tilsvar. Ingen betviler Rød-Larsens opplevelser. Heller ikke jeg. Jeg vil likevel ikke mene noe om det klanderverdige i psykiaterens handlinger før jeg har mer enn den ene partens skildring å basere meg på. Det er fullt mulig å tro på Rød-Larsens historie og samtidig se at den kan ha flere sider.

MAKT UTENFOR KONTORTID

Flere sider har også mennesker som er behandlere, hvorav enkelte sider som lever ut i den private sfære og utenfor kontortid. Det er ubestridelig at psykologer og psykiatere, i egenskap av sin profesjon, har en makt som vil virke inn i flere sammenhenger enn i den rendyrkede terapeut-/pasientrollen. Dette er et fagetisk minefelt som strekker seg også utenfor seksuelle relasjoner. Men hvis jeg skal opptre i samsvar med at jeg er en maktperson i alle relasjoner jeg inngår i, vil jeg samtidig dyrke en ganske omnipotent rolleidentitet. Jeg synes ikke det er vanskelig å se hvilke fagetiske overslag det vil kunne få.

Gitt likevel at jeg må være bevisst makten jeg innehar i enhver relasjon, må jeg også være det når jeg ytrer meg i det offentlige rom. Det innebærer å være bevisst på hvor informasjon kommer fra, hvem som er og ikke er kilder, og hvilke interessekonflikter partene kan ha.

PROSEDERING PÅ ÉN PARTS FREMSTILLING

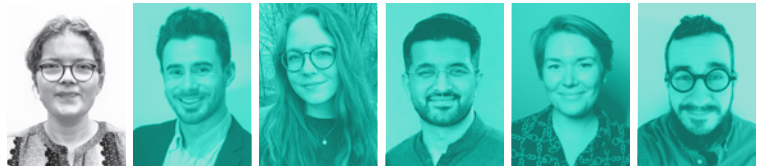
Engasjement er avgjørende for at faget kan utvikle seg og bli bedre, men engasjementet kan få en negativ slagside om vi ikke evner å delta i debatter på samme måte som vi ellers ville utøvd vårt virke som fagperson. Vi trenger et åpent debattklima som kan romme kompleksitet. Menneskelige relasjoner er sammensatte, og det er ikke noen direkte sammenheng mellom en hendelse og hvordan de involverte opplever den. Som fagetiske fagpersoner er vi forpliktet til å forholde oss til dette, og være bevisste på hvor stor påvirkningsmakt våre ytringer har.

Ut fra Rød-Larsens og etter hvert flere andre kvinners beretninger har psykiateren opptrådt kritikkverdigg. Likevel er det ikke selvsagt at det er snakk om forsømmelser av en karakter som rettferdiggjør å legge en fagpersons livsverk i ruiner. Både media og psykologer har retningslinjer for hva som kan regnes som fakta, og hva som kan regnes som et synspunkt. Uansett sakens utfall er det på det rene at etablerte faglige retningslinjer ikke har blitt fulgt i den offentlige debatten. Mulige forsømmelser og overtredelser skal behandles av tilsynsinstans og domstol. De skal være basert på dokumentasjon som i stor grad vil være unntatt offentligheten. I dette tilfellet har saken blitt prosedert av personer som enten ikke er bundet av taushetsplikt, eller som ikke har tilgang på dokumentasjon. Det er vanskelig å se hvordan dette styrker noen av partenes rettssikkerhet. Fra mitt perspektiv er det også vanskelig å se hvordan det kan styrke vår ytringskultur.

Fagetikken er en av vår profesjons viktigste pilarer, kanskje den viktigste. Ofre for grenseoverskridelser må bli hørt og trodd. Men offentlig prosedering på grunnlag av bare den ene partens fremstilling, kan i verste fall føre til at behandlere blir utrygge og ikke reflekterer og oppsøker råd i gråsonesituasjoner. Da har vi rykket tilbake til start. ❖

”

Gitt likevel at jeg må være bevisst makten jeg innehar i enhver relasjon, må jeg også være det når jeg ytrer meg i det offentlige rom



HELÉN INGRID ANDREASSEN er spaltist i marsutgaven. Kommende bidragsytere fv.: Raymond B. Stangenes, Sidsel Fjelltun, Usman Chaudhry, Runa Kongsvik og Håkon E. Coucheron Fredhammer.

Debattkulturen som knebler oss

«Nei, den Facebook-gruppa for psykologer gidder jeg i hvert fall ikke å være med i. Der er det bare kjeft og usaklige kommentarer å få.»

Slik lyder en kommentar jeg har fått av svært mange kollegaer. Å delta i faglig eller politisk debatt som psykolog, er for mange helt uaktuelt etter å ha sett hvordan det blir tatt imot i psykologenes interne Facebook-grupper. Generelt sett har jeg alltid ment at det er viktig å delta i faglig diskurs, også online. Men det er påfallende hvor fort det blir utrivelig og personlig når psykologer stikker seg frem.

Etter det jeg vet, finnes det tre store Facebook-grupper som i hovedsak er forbeholdt psykologer og profesjonsstudenter. I tillegg til en haug lukkede grupper for snevrere kretser av psykologer. Selv har jeg deltatt med debattinnlegg og kronikker som har blitt delt. Jeg har også bidratt i diskusjoner i kommentarfeltene. Når jeg har deltatt, har jeg i hovedsak fått mange positive og støttende kommentarer. Problemet er at jeg nesten alltid kan regne med å få usaklige personangrep med på kjøpet.

Det er på mange måter ekstra vanskelig når kollegaer kaller deg krenket, mener du ikke forstår psykologi eller latterliggjør innlegget ditt. Selv når de åpenbart ikke har lest det du har skrevet. Dette skjedde også da jeg var student. Derfor har jeg ikke så mye annet å svare enn «Det forstår jeg» når venner ikke orker å delta med hverken innlegg i avisa eller diskusjoner i kommentarfeltet til psykologenes Facebook-grupper.

Det er kanskje naivt å tro at psykologer skulle være noe bedre enn andre segmenter av befolkningen. Ser du i kommentarfelt under de fleste innlegg delt av en avis på Facebook, er tilbakemeldingene harde og usaklige. Likevel tar jeg meg i å bli ekstra skuffa over tonen i psykologers interne fora. Er det ikke nettopp vi som skal være gode på å se en sak fra flere sider? Som skal se hele mennesker, og derfor kan skille sak og person?

Debatt og meningsutveksling er grunnleggende sett utviklende for samfunnet og for faget. Vi er så heldige å jobbe med et fag der det er få streker under svaret. Som flere andre fag, stammer psykologien fra filosofien. Debatt, meningsutveksling, uenighet gjør at vi bryner oss på hverandre, får nye perspektiver og utvikler psykologifaget videre. Jeg tror dagens debattkultur står i veien for at så mange som mulig deltar.

Gjennom seks år på profesjonsstudiet tilegner vi (psykologer) oss mange gode egenskaper. Blant annet å se mennesker i et helhetlig bilde, lese forskningsartikler og å ha gode faglige drøftinger. Det blir fremhevet at psykologen skal hjelpe dem som trenger det, være nøytral og kjempe for bedre helse for alle. Men hvordan fungerer dette når vi skal ta del i en offentlig samtale?

Enkelte psykologer er jevnlig å se i avisspalte og i debattprogrammer som Dagsnytt 18.

NYE STEMMER

En spalte for ikke-spesialister som tør å mene noe

Disse reflekterer i stor grad verdiene vi alle blir opplært i. Når psykologer uttaler seg, er det ofte fordi de ber om mer penger til psykisk helsevern, formidler informasjon om ulike psykiske lidelser og gir samlivsråd. Ifølge mine egne observasjoner er det felles for psykologer som uttaler seg, at de ikke kan være annet enn pinlig nøyaktig, og at de sjelden tar tydelig stilling i kontroversielle saker. Jeg tror vår felles oppdragelse på studiet, og harde indre justis, gjør at vi har inntatt en begrenset rolle i offentligheten. Frykten for tilbakemeldinger fra andre psykologer har kanskje gjort at vi vegrer oss fra å ta en annen rolle. Men skal vi få gjennomslag, komme på trykk, starte debatt, provosere noen til å svare, må også vi kunne male med bred pensel, tegne opp noen fiendebilder, og ikke minst – delta aktivt i samfunnsdebatten.

Som psykologer innehar vi samfunnsnyttig fagkunnskap. Men den blir ikke en integrert del av samfunnsdebatten dersom vi kun snakker om individet eller tenker at vi skal gi offentligheten psykoedukasjon om psykisk helse. Hvis vi alltid må være nøytrale, alltid må forstå alle synspunkter og ha lest alle forskningsartikler før vi uttaler oss. Da blir det ikke mye meningsbrytning. Vi setter ikke i gang reelle diskusjoner om faktiske motsetninger, eventuelt hvordan ulike psykologiske perspektiver kan brukes til å gjøre samfunnet bedre.

En annen årsak til at ikke flere psykologer deltar mer aktivt i samfunnsdebatten tror jeg handler om vår sterke faglige identitet. Å bli kritisert for sitt faglige ståsted kan bli sårt for en som har viet mange år av livet til utdanning og profesjonsutøvelse. Særlig om man har arbeidet med og forsket innenfor en faglig nisje. Men i debatt er det grunnleggende viktig å skille mellom sak og person. Kritikken av faglige synspunkter er ikke det samme som å kritisere personen som uttrykker dem. Om jeg kritiserer deg som fagperson, er det som regel med stor respekt. Vi bør tåle og ønske velkommen uenighet og meningsbrytning også om det faglige som står vårt hjerte nærmest.

Vi må våge å komme med konkrete forslag, konkrete tiltak og endringer av samfunnsstrukturene

Jeg tror ytringskulturen vi har i dag, er begrensende for at flere psykologer tar sin plass i samfunnsdebatten. Hva om vi kunne tørre å ta mer stilling, ta valg, gå i diskusjoner med hverandre? Det holder ikke å gi informasjon om at fattigdom og utenforskap er dårlig for den psykiske helsen, eller at flere psykologer overalt er bra for alle. Vi må våge å komme med konkrete forslag, konkrete tiltak og endringer av samfunnsstrukturene. Selv om det betyr at vi ikke alltid er enige, og til og med går i politisk polemikk med hverandre.

Min ønskedrøm er flere psykologer i media, i faglige og politiske debatter, med hverandre og med myndighetspersoner. Uten sure miner, personkarakteristikker og psykologer som bestemmer seg for å aldri igjen å uttale seg. Saklige diskusjoner om fag, politikk og organisering av helsevesenet er positivt for oss og for samfunnsdebatten.

Jeg ønsker meg at vi tør å diskutere politikk, fagpolitikk og fag så ørene flagrer. Men på en saklig måte. Det er sånn vi beveger profesjonen og samfunnet videre. ✕

DERFOR

Velkommen til «Nye stemmer»

Å være en vital debattkanal for psykologer og alle med interesse for psykologi, et kontaktpunkt mellom profesjon og samfunn.

TEKST Per Halvorsen, debattredaktør

DET ER EN naturlig ambisjon for den største åpne plattformen for psykologifaget i Norge. I en medievirkelighet som er oppsplittet. Der diskusjoner ofte foregår i lukkede rom og kommentarfeltene kan være betydelig undermoderert.

Premieren på vår spalte «Nye stemmer», som fra nå av supplerer våre ordinære debattsider, er et tydelig signal om hva vi vil: åpne døren, hørve ned terskelen for nettopp nye stemmer. Vi vet at de fins der ute. Vi har i første omgang valgt ut seks skribenter fra ulike deler av landet. I løpet av tolv måneder skal de skrive to tekster hver. Det er vi takknemlige for.

Samtlige er ikke-spesialister. Det er et poeng i seg selv. Det er naturlig for oss å lytte til yngre psykologers tanker og erfaringer. Ikke minst i en tid hvor psykologkompetanse er mer etterspurt enn noensinne, samtidig som tjenestene og tjenesteutøverne opplever å være under sterkt press. Hva sier fotfolkene? De som har tjenestesandalene på og vet hvor de klemmer? Som kanskje fortsatt har idealene intakt, fordi ekkoet fra forelesningssalen fortsatt klinger i ørene?

Vi jakter på tekster som vibrerer av personlig engasjement. Et engasjement som forhåpentligvis vil smitte over på leserne og gi flere lyst til å ytre seg i våre spalter, enten i papirutgaven eller på nett.

Vi er ute etter tydelige meninger om fag, politikk, erfaringer fra praksis, foreningsliv (les: psykologforeningsliv). Tekster som setter fag og fagutøvere inn i en samfunnssammenheng, utfordrer vedtatte sannheter og inviterer til åpen debatt i tråd med pressens samfunnsmandat.

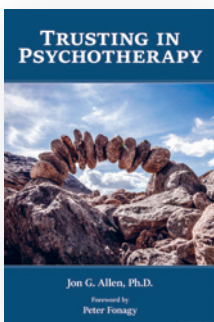
Vi vet at Psykologtidsskriftet kan fungere som lyttepost for beslutningstakere som vil bygge inn biter av virkeligheten i sitt beslutningsgrunnlag. Det er slik uavhengige medier skal fungere.

Slik kan vi bidra til å dytte faget og tjenestene i riktig retning. Slik kan vi i beste fall bidra til demokratibygging i praksis. ✕

ANMELDT: BOK

Kunsten å vekke tillit

Vi må se mer på vår egen evne til å være tillitsvekkende. I stedetfor å utvikle enda flere terapiretninger, må vi utvikle terapeuter, mener Jon G. Allen.



BOK *Trusting in Psychotherapy*

FORFATTER Jon G. Allen

ÅR 2022

FORLAG American Psychiatric Association Publishing

SIDER 250

ANMELDT AV

Christian Schlüter,
Akerselvspsykologene

ALLEN ER EN amerikansk psykolog som har tilbrakt mesteparten av sitt yrkesaktive liv på Menninger-klinikken i Houston. I sin nye bok *Trusting in Psychotherapy* spør han seg hvordan terapeuter kan bli mer tillitsvekkende og dermed gjøre terapiene mer effektive.

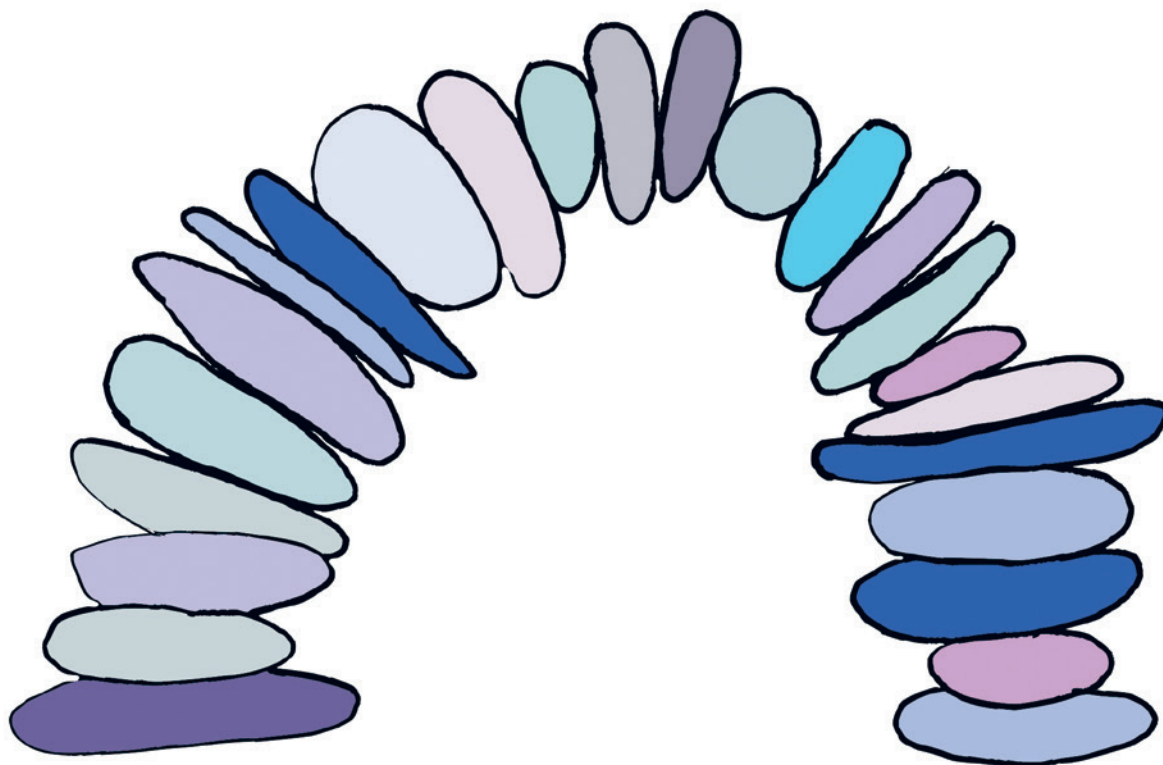
Forfatteren starter med å oppsummere terapiforskningen slik den står i dag: Ingen terapiretning er mer effektiv enn noen annen, og den sterkeste faktoren som bidrar til utfall i psykoterapi, ser ut til å handle om forskjeller mellom terapeuter. Selv om en stor del av effekten også skyldes pasientkarakteristikk, sosial kontekst og utenforliggende variabler, holder han fast ved at vi har mer å hente på å granske vårt eget bidrag til den terapeutiske relasjon enn på å utvikle flere metoder, teorier og «merkevarer». Den terapeutiske allianse er for Allen derfor like mye et spørsmål om tillit som teknikk.

ULIKE FORMER FOR TILLIT?

I neste del tar Allen for seg Michael Tomasello teorier om utviklingen av våre sosial-kog-

nitive (og moralske) evner. Disse knytter han opp mot tilknytningsforskning, der han viser hvor det kan gå galt. Problemet, slik Allen ser det, er at traumer bremser utvikling av disse sosial-kognitive systemene. Personen blir «låst i mistillit», samt at mistilliten blir generalisert. Det kan føre til at personen ikke stoler på folk som *er* tillitsvekkende. Her får Allen virkelig boltre seg, da han først og fremst er ekspert på tilknytning og traumer. Han får også demonstrert sin interdisiplinære kunnskap, en oversikt få er forunt.

Allen introduserer videre et skille mellom «basal tillit» (kan jeg stole på at terapeuten bryr seg?), «epistemisk tillit» (kan jeg stole på at terapeuten vet hva han/hun driver med?) og «sosial tillit» (kan jeg stole på samfunnet, myndighetene og institusjonene?). Her henter Allen inspirasjon fra sin samarbeidspartner gjennom mange år, Peter Fonagy. Spørsmålet er om en slik oppdeling av tillitsbegrepet er nyttig. Slik jeg ser det, gir det mening. Det er mulig å ha tillit til at en person bryr seg, uten at en har tillit til at ved-



kommende kan noe om verden (som jeg kan bruke), og motsatt. Han diskuterer også hvorvidt terapeuten har tillit til seg selv, sin kunnskap og «systemet».

I møte med pasienters mistillit mener Allen at vi må vise forståelse for at pasientene ser mennesker (inkludert terapeuten) og verden slik de gjør, og sammen se på årsakene til mistilliten. Vi må forvente at pasientene har mistillit til terapiprosessen og søker bevis for at vi vet hva vi driver med og tester oss på ulike måter. Om pasienten ikke fremviser direkte mistillit, bør terapeuter være på vakt overfor subtile brudd i tillit. Han mener også at vi må utfordre mistilliten ved å påpeke overfor pasienten at det medfører en stanset utvikling, og at det har en pris. Målet er imidlertid ikke å forandre mistillit til tillit, men å gjøre tilliten mer fleksibel. Det er ikke alle man *skal* stole på. Det er heller ikke slik at det å etablere tillit i terapirommet er det endelige målet. Målet er å bringe tilliten ut av terapirommet, generalisere den, slik at personen kan fortsette å lære og utvikle seg.

Selv om Allen legger stor vekt på tilknytningsforskningen, tar han også for seg kritikken denne retningen har fått. Det virker tillitsvekkende(!) på denne leser, som er nokså lei dominansen til tilknytningsparadigmet. Det finnes vel andre ruter til mistillit enn fra mor-barn-dyaden?

Avslutningsvis diskuterer Allen sammenhengen mellom håp og tillit. Å stole på noen impliserer håp, da det i praksis handler om å gi relasjonen en sjanse. Et slikt håp kan imidlertid føre til skuffelser, men »

”

Den terapeutiske allianse er for Allen derfor like mye et spørsmål om tillit som teknikk



Det er vel de gangene vi lykkes med å nå inn, at terapien har virket best?

som Allen påpeker, er det å være avhengig av andre en løsning, ikke et problem.

HVORDAN VEKKE MER TILLIT?

Jo, terapeuter må stadig tilstrebe å øke sine profesjonelle og personlige egenskaper. Det handler om å balansere kjærlighet (nærhet) og respekt (distanse), tillate seg visse (moralske) reaksjoner, vise autentisk omsorg, være emosjonelt tilgjengelig (uten å være reaktiv), ta stilling (uten å være dømmende), fremelske (delt) subjektiv intensjonalitet (mentalisering) og åpne opp for å diskutere moral og etikk (og ikke bare inneha kunnskaper om symptomer og metoder). For pasienter kommer ikke til oss med bare psykiske plager, men også med livsproblemer. Vi må også vise forståelse for pasienters tilhørighet til etnisitet, religion, kjønn og sosial status. Her henter Allen mye inspirasjon fra sosiologi, antropologi og filosofi, samt psykoanalytikere som Jessica Benjamin.

Mer konkret mener Allen at terapeuter bør fremstå som tvilende, men også tørre å bruke sin kunnskap om verden og ha en visjon om hva som er et sunt og et godt liv. Hva er et liv verdt å leve? Her føler mange terapeuter seg på bortebane, men det er dette mange pasienter lurere på når de går i terapi. Ved være tilgjengelig for slike diskusjoner åpner terapeuten opp for spørsmål som hvordan behandle seg selv og andre, hva er en realistisk målsetning og hvordan finne mening i noe større enn en selv.

Allen advarer mot «nøytralitet», og slår heller et slag for å influere pasienten *mer*, ikke mindre. Det er vel de gangene vi lykkes med å nå inn, at terapien har virket best? Kunsten, eller håndverket, som Allen vil kalle det, er å gjøre denne innflytelsen på en tillitsvekkende måte. Hvis ikke vil den terapeutiske dialog gå i lås, lite bli lært, og pasienten vil ikke kunne bruke sine omgivelser konstruktivt. Han slår også et slag for større bruk av feedback og personlig kasusformulering.

Trusting in Psychotherapy har blitt en tankevekkende bok, hvis fremste styrke er at den løfter den terapeutiske relasjonen inn i et nytt landskap. Det er påfallende hvor lite som er skrevet om tillit, selv om de fleste er enige i at det er den viktigste komponenten i en relasjon. Selv om flere av rådene for å bli mer tillitsvekkende er kjente, bringer han våre personlige egenskaper frem i lyset. Det er både utfordrende og sårbart for terapeuter, men en god påminnelse om at bevisbyrden i mange tilfeller ligger på vår side av bordet. ✘

En bok for sin tid

Hjelp som hjelper er en inspirerende bok om å bygge kultur og jobbe metodisk ut fra systematiske tilbakemeldinger fra klientene.

DET ER SPENNENDE tider i kommune-Norge. En ny veileder er på trappene med krav om at alle kommuner skal ha en psykisk helse-tjeneste for barn og unge. *Hjelp som hjelper* kommer på et riktig tidspunkt for de som skal i gang med dette arbeidet. Boken tar utgangspunkt i et grunnsyn som handler om at diagnoser og medisinerer ikke er riktig vei å gå i møte med psykiske vansker. Forfatterne beskriver sine erfaringer med å gå en annen vei. Det er mange gode ideer her. Som hvordan hjelperne i Stangehjelpa øvde systematisk på førstesamtaler gjennom rollespill og observasjon, og på «å skape nye setninger». Sentralt står arbeid med FIT – Feedback-informerte tjenester – og «7 gode vaner» som fundament for kreativt og lekende arbeid med kultur og terapeututvikling.

GJENNOMARBEIDET BOK

Tidligere leder av Stangehjelpa, Birgit Valla, har redigert boken og skrevet seks av fjorten kapitler. De øvrige forfatterne er nåværende eller tidligere ansatte og ledere i Stangehjelpa. Språket er lett og ledig, og kapitlene fremstår godt gjennomarbeidet, selv med mange forfatterstemmer. En del gjentakelser blir det, men fordelene er at du som leser kan hoppe til det du er mest interessert i og garantert få med deg budskapet.

I Stangehjelpa laget de den arbeidsplassen mange drømmer om, med plass til utvikling, kreativitet og tillitsbasert hjelpearbeid. Leseren får først og fremst hjelp til å tenke kulturbygging, når hjelpere fra ulike tradisjoner går sammen om å bygge en tverrfaglig, kommunal psykisk helsetjeneste. Her er boken krystallklar: Det viktigste er å jobbe med å utvikle en felles oppgaveforståelse, felles verktøykasse og en felles kompetanse. Uten denne grunnmuren er det lett at byggingen kommer skjevt ut. Målet for Stangehjelpa var å bygge en tje-

neste som virkelig har klienten i fokus, og ikke metodene.

HJELPERNE MÅ TRENE

Det kan høres enkelt ut, å gå veien sammen med klientene, men her er boka tydelig: Hjelperne må trene på dette. Det er befriende med en bok om helsehjelp som fremhever de ansatte: Hvordan de er gullet i tjenesten som må vernes og pleies, men også utfordres til å vokse som hjelper. Boken løfter frem på en forbilledlig måte at profesjon ikke er avgjørende for god hjelp. Helt konkret får leseren hjelp til å se hvordan en kommunal tjeneste kan sette kompetansebygging og terapeututvikling i system gjennom å ha fokus på systematisk ferdighetstrening.

Mange lavterskeltjenester avgrens seg mot å jobbe med det alvorlige og sammensatte. Men Valla skriver engasjerende om å ha en mer proaktiv tilnærming til mennesker vi ikke får til å hjelpe så godt. Kulturen i Stangehjelpa er at når hjelpen åpenbart ikke hjelper, er det ikke brukeren det er noe feil med. I stedet bør hjelperne og tjenesten forsøke å gjøre nye ting for å tilpasse seg brukerens behov. Valla viser til gode erfaringer med å tilby åpen dialog i nettverksmøter, og hjelpe med nedtrapping av langvarig medisinbruk i samarbeid med fastleger. I møte med avhengighet utviklet Stangehjelpa en helt ny dagbehandling der folk fikk muligheten til å arbeide seg ut av avhengigheten.

DIAGNOSER OG TILSYNSSAK

Birgit Valla er en sterk og tydelig stemme i debatten om diagnoser og medisinbruk. I første kapittel skriver hun om hvordan hun mener dagens praksis ikke fungerer. Resten av boken handler om hvordan Valla og Stangehjelpen har bygget opp psykisk helsehjelp basert på dette grunnsynet. Boken må leses med det som utgangspunkt. Hun tør å være tydelig på sitt ståsted og skal ha kred for det. Samtidig savner



BOK *Hjelp som hjelper. Psykisk lavterskeltjeneste med lav terskel*

FORFATTER

Birgit Valla (red.)

ÅR 2022

FORLAG Universitetsforlaget

SIDER 208

ANMELDT AV

Anne-Kristin Imenes, KORUS-SØR





LEKEN GRUNNMUR Boka er en inspirerende innføring i hvordan Valla har bygget opp Stangehjelpa med utgangspunkt i sitt grunnsyn. Illustrasjon: AngieYeoh / Shutterstock / NTB Scanpix

”

Boken tar utgangspunkt i et grunnsyn som handler om at diagnoser og medisinerer ikke er riktig vei å gå i møte med psykiske vansker

jeg konkrete beskrivelser av hva Stangehjelpa gjør i stedet, for eksempel når de skal hjelpe barn hvor diagnoser vil kunne være både til hjelp og nytte, slik som ved nevroutviklingsforstyrrelser. Jeg savner også konkrete beskrivelser av samarbeid med andre instanser for å gi helhetlig hjelp, som samarbeid med PPT, barnehage, skole, helsestasjon, barnevern og BUP.

I siste kapittel skriver Valla om tilsynet fra Statsforvalteren. Hun konkluderer med: «Etter en prosess som gikk over flere år, ble partene til slutt enige om noe som alle kunne leve med.» Jeg savner en beskrivelse av dette «noe». Det kunne vært nyttig for flere å vite hva tjenesten gjør annerledes i dag, helt konkret. For eksempel hvilke rutiner og systemer tjenesten har utviklet som et resultat av prosessen, spesielt når det er snakk om noe så alvorlig som en tilsynssak.

Til tross for dette: *Hjelp som hjelper* gir en inspirerende innføring i hvordan Valla har bygget opp Stangehjelpa med utgangspunkt i sitt grunnsyn. Derfor er den et verdifullt bidrag på sine premisser. Men debatten om nyttig bruk av diagnoser og medisiner er vi ennå ikke ferdige med.✘

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 anmelderexemplar.

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

Kontakt oss for mer informasjon redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Skriv for oss/anmeldelser:



En viktig vår

Denne våren venter vi på flere utredninger med store konsekvenser for Helse-Norges fremtid. Vår oppgave er å bruke dem til å kunne gi pasientene et bedre tilbud innen psykisk helse.

2023 er utredningenes år. Da regjeringen tiltrådte, satte de i gang flere arbeider som skulle svare på utfordringer i dagens helsetilbud. La meg ramse opp: Sykehusutvalget, ekspertutvalg om samtykkekompetanse, ekspertutvalg om allmennlegetjenesten. I tillegg skal opptrappingsplanen for psykisk helse legges frem i mai, og ekspertutvalget om tematisk organisering i psykisk helsevern skal også levere i 2023. Helsepersonellkommisjonen satte startskuddet ved å levere sitt arbeid i februar. Det vil ikke mangle på kunnskapsoppsummeringer, konklusjoner og anbefalinger i tiden fremover, det er nok til å bli svimmel av.

Psykologforeningen er tett på alle prosessene, enten ved egen representant, gjennom Akademikerne eller som høringsinstans. Vi gjør alt vi kan for å fremme løsninger på utfordringene i vårt fagfelt.

Hva er det store bildet som regjeringen prøver å navigere i? Svaret finner man i Perspektivmeldingen som kom under forrige regjering. Den er som alle fremtidsanalyser et omstridt, men førende dokument. Den skildrer en aldrende befolkning, en oljenæring som skal reduseres og etter hvert avvikles, synkende statlige inntekter, færre arbeidsføre som må jobbe lengre, økende klimaendringer, økende sosiale forskjeller, redusert internasjonal stabilitet og samarbeid.

Spørsmålene blir: Hvordan kan vi opprettholde et likeverdig offentlig helsevesen når pasientene blir flere og arbeidsføre borgere færre? Er det mulig å bruke flere arbeidskrefter i helsevesenet enn de 15 prosentene av befolkningen som jobber der allerede, eller må det jobbes annerledes? Helsepersonellkommisjonen har som nevnt nylig kommet med sine anbefalinger, og vi jobber i skrivende stund med et høringsssvar.

I horisonten vil helsebehovene fortsette å stige, og de store utfordringene krever nytenkende løsninger. Vi ser allerede at folk

er villige til å betale for egen helse med private tilbud når den offentlige omsorgen skranter. All den tid det er helsepersonellet som er mangelvare, løser dette ingenting. Det er de samme menneskene som skal gi helsehjelp, enten det er i offentlig eller privat regi.

Psykologforeningen er krystallklar på noen av endringene myndighetene må gjøre.

De må fjerne unødig rapportering og styring som stjeler tid fra pasientbehandling. De må legge til rette for helhetlig oppfølging på tvers av kommuner og sykehus - pasienter som blir kasterballer blir ikke friske, og man sløser med helseressurser. I tillegg må man ha en overordnet prioriteringsdebatt, både om størrelsen på helsebudsjettet og fordelingen av det. I dag skyves ansvaret for prioritering ned på den enkelte behandler. Dette gir moralsk slitasje, og mange blir sykemeldte eller forlater helsevesenet. Prioritering må derfor gjøres på et høyere nivå, slik at behandlere kan hjelpe pasienten de har foran seg.

I tillegg må vi flytte tjenestene nærmere folket! Det er åpenbart at kommunene må ta et større ansvar for helsen til egen befolkning. Vi mener at psykologkompetanse i kommunen fortsatt må styrkes og utvikles. Her har vi foreslått både ulike formater og måter å finansiere dette på. Denne satsingen er fremtidsrettet og må videreføres.

I sum vil dette løse mye, men ikke alt. Vi må derfor være forberedt på ytterligere diskusjoner om utformingen av våre helsetjenester, selv om myndighetene skulle ta alle våre anbefalinger til følge. Denne diskusjonen håper jeg alle medlemmer vil bidra til. Psykologer er utvilsomt en nødvendig og etterspurt ressurs i fremtidens helsetilbud, men vi kommer til å bli utfordret på hvordan vi mener vår kompetanse best benyttes. De svarene vi da har for hånden vil være med å avgjøre hvilket gjennomslag vi får for våre løsninger. Det finnes ingen viktigere diskusjon for fagfeltet.



FOTO: FARTEIN RUDJORD

TEKST

Håkon Kongsrud
Skard, President

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

Informasjon om Jus og arbeidslivsavdelingen (tidligere Forhandlingsavdelingen)

Jus og arbeidslivsavdelingen kan hjelpe deg med mye mer enn forhandlinger. Her får du oversikt over noe av det vi bistår våre medlemmer i, og hvordan du kontakter oss.

FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN



TEKST Ellen Ekre
Engh, spesialrådgiver/
advokat

På foreningens landsmøte i november 2022 ble Lønns- og arbeidsmarkedsutvalget (LAU) gitt nytt navn: Lønns- og arbeidslivsutvalget. Visepresident Hanne Indregard Lind har nå ansvar for lønns- og arbeidslivspolitikken, og Forhandlingsavdelingen har fått et mer dekkende navn: Jus og arbeidslivsavdelingen.

Da Forhandlingsavdelingen ble opprettet, var det det nettopp forhandlinger man stort sett drev med i den avdelingen. Avdelingen hadde fram til 2003 ingen jurister ansatt. I dag har avdelingen 12 ansatte, hvorav ni er jurister/advokater. En meget stor del av det avdelingen i dag jobber med er av juridisk karakter, og mye er ikke minst knyttet til arbeidslivsutfordringer.

HVORDAN KAN DU KONTAKTE OSS?

Psykologforeningen har fått nytt medlems- og saksbehandlingssystem, og med dette en mulighet til å kontakte oss og sende inn saker via «Min side» på psykologforeningen.no. Her kan du også sjekke at du er registrert med riktig arbeidsgiver. Sørg for at riktig arbeidsgiver er registrert, slik at du ikke risikerer å gå glipp av årets lønnsforhandlinger eller går glipp av viktig informasjon om for eksempel drift av avtalepraksis.

Vi har opprettet en ny epostadresse for kontakt med avdelingen: ja@psykologforeningen.no. Du når oss også hver dag mellom 1215 og 1500 på telefon 23103130. Selv om avdelingen har fått nytt navn, kan fortsatt forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no benyttes til å kontakte oss.

Vi vil benytte anledningen til å minne om at alle medlemmer kan kontakte oss med spørsmål som angår deres arbeidsforhold. Dette gjelder selvsagt også de av våre medlemmer som ledere. Selv om man har en lederstilling, kan man komme opp i utfordringer som ansatt hos arbeidsgiver. Vi gjør alltid en konkret vurdering av hva slags hjelp som skal tilbys det enkelte medlem, uavhengig av hva slags stilling vedkommende har.

HAR DU UTFORDRINGER MED TILRETTELEGGING, SYKEMELDING ELLER ARBEIDSAVKLARINGSPENGER?

Avdelingen har i det siste opplevd en økning i antall saker hvor temaet er tilrettelegging ved sykemelding, tilbakekomst etter sykdom, permisjon i forbindelse med overgang fra sykepenger til arbeidsavklaringspenger og avslutning av arbeidsforhold på denne bakgrunn. Vi opplever ofte at vi kommer sent inn i disse sakene, og oppfordrer medlemmer til å kontakte oss eller tillitsvalgt tidlig for rådgivning knyttet til både rettigheter og plikter for den ansatte, og for arbeidsgiver i slike situasjoner. Det er lettere for oss å kunne bistå på en god måte om vi er tidlig inne i slike saker.

KOLLEGASTØTTEORDNINGEN:

De fleste opplever å komme i utfordrende situasjoner noen ganger i løpet av arbeidslivet. Med kollegastøtten får du anledning til å diskutere situasjonen du står i med en erfaren kollega. Hver lokalavdeling har sine kollegastøtter. De er gratis for medlemmer, og ingen får vite at du oppsøker dem. Kollegastøtter gir ikke helsehjelp, men kollegiale råd i vanskelige situasjoner. Psykologforeningens årlige undersøkelser viser at omkring 60 psykologer bruker kollegastøtteordningen. De aller fleste psykologer har fra en til fire samtaler med kollegastøtten. Vi oppfordrer psykologer som kjenner behov om å ta kontakt. Vi får gode tilbakemeldinger fra de som har brukt ordningen, og det er god grunn til å tro at flere kan få hjelp og nytte av kollegastøtteordningen. Det stilles høye krav til psykologer, både fra helsemyndighetene, fagetikken, fra leder – og ofte også fra egen yrkes stolthet. Det er riktig å søke hjelp når en trenger det. Dersom du ikke kan eller ønsker å benytte kollegastøtten i egen lokalavdeling kan du kontakte kollegastøtten i en annen lokalavdeling.

EMDR MED BARN OG UNGDOM**18.–20. april 2023****Sted:** Scandic Solli, Parkveien 68, Oslo**Tid:** kl. 9.00–16.00 hver dag**Kostnad:** kr 9.800,– inkl. lunsj, kursmaterieell m.m.

Målet med kurset er å lære deg hvordan du kan bruke EMDR med barn i ulike aldre, familier, grupper og komplekse traumetilstander. Forutsetning er at du har deltatt på EMDR trinn I grunnutdanning.

Påmelding: E-post savitadalsbo@gmail.com eller på www.emdrkurs.no. Husk å oppgi fakturaadresse med e-post eller org.nr. for EHF faktura. Eventuelt ta kontakt på mobil 920 88 481. Se på www.emdrnorge.no for mer informasjon.

Kursansvarlig: A Savita Dalsbø, psykologspesialist, Norsk psykologforening, EMDR Europe Approved C & A Senior Trainer.

Velkommen!
**12 dagers
Treningsprogram
i Acceptance and
Commitment Therapy (ACT)**


Kursholdere: Psykologspesialistene Asle T. Elen og Thorvald Andersen.

Gjesteforelesere: Dr. R. Bennett & Dr. D. Johnson.

Vil du bruke 12 dager på å vokse faglig og personlig, opparbeide deg god kjennskap til ACT, samtidig som du trener opp et bredt repertoar av ACT intervensjoner? Vi tilbyr et omfattende program med nok dybdetrening til å anvende ACT i din kliniske praksis.

Kurset er søkt godkjent som 72 timers vedlikehold av spesialiteten i psykologi. Frist påmelding: 22. mai 2023

Sted: Tønsberg, Tollboden, Nedre Langgate 38.

Dato: 07 – 09 juni 2023. 30 august – 1 september 2023. 15 – 17 november 2023. 17 – 19 januar 2024.

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

Hjemmeside: www.bedreterapeuter.no

Kontakt: kontekstuell@gmail.com

**IGA**

Institutt for
gruppeanalyse og
gruppepsykoterapi

**Utdanning i
GRUPPEPSYKOTERAPI og
GRUPPEANALYSE**
**Kan inngå i psykoterpispecialitet
for psykologer (4 år)**

Utdanningen starter med 1-årig Grunnleggende trinn eller 2-årig Trinn A, avhengig av teori- og erfaringsbakgrunn. Den er tverrfaglig, arrangeres i blokker med fem årlige samlinger á 3–3,5 dager og samlingene består av teori, veiledning og egenerfaring i grupper. Lokale og/eller digitale kollegiale veiledningsgrupper mellom delkursene tilkommer.

Grunnleggende trinn formidler basiskunnskap om gruppeprosesser og gruppepsykoterapi.

Trinn A utdanner til å arbeide kvalifisert og systematisk med gruppepsykoterapi i førstelinjen og på spesialistnivå.

Trinn B, også 2-årig, setter kandidatene i stand til å arbeide selvstendig med gruppepsykoterapi og gruppeanalyse og gir grunnlag for å veilede i gruppepsykoterapi. Full gruppeanalytisk utdanning inkluderer godkjenning av skriftlig oppgave etter fullført Trinn B.

Psykologer som ønsker spesialisering i psykoterapi tilbys et 4-årig obligatorisk program, med start på Trinn A. Psykologer som vil bruke IGA-utdanningen til psykoterpispecialitet, må forholde seg både til Norsk psykologforening og til IGAs krav for godkjenning. Norsk psykologforening godkjenner nå videoveiledning, men fysiske møter annen hver måned kreves.

2-årig utdanningsprogram i gruppepsykoterapi med barn og unge. Programmet er tverrfaglig. Man går i egen teori- og veiledningsgruppe, har egne forelesninger og forberedelsesdag, men følger ellers fellesprogrammet. For leger i BUP kan programmet inngå i deres spesialisering.

IGA tilbyr også **seminarer i mentaliseringsbasert terapi og rus- og avhengighetsbehandling i grupper** samt i grunnleggende psykoanalytisk teori knyttet til utdanningsprogrammet.

Sted: Thon hotell Vettre, Asker.

For nærmere informasjon og søknadsskjema, se vår hjemmeside www.iga.no. **Søknadsfrist 15. april 2023.**

Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi
Gjerdrums vei 19, 0484 Oslo
tlf. 466 11 630, e-post iga@iga.no



Stipend – Psykologer i ledelse

Norsk psykologforening deler ut tre stipender til lederutdanning til en samlet sum på kr 75 000. Stipendene er et stimuleringsmiddel til å få flere psykologer i ledelse.

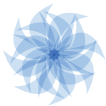
Stipend kan søkes for å dekke utgifter i forbindelse med lederutdanning/lederkvalifisering. Ett av stipendene kan gis til anvendt forskning / kunnskapsakkumulering om psykologer og ledelse.

Søkere må være medlem av Norsk psykologforening. Kvinner oppfordres til å søke.

Gjør kort rede for hva det søkes støtte til og tentativ karriereplan. Vedlegg CV med oversikt over utdanning, arbeidserfaring, tillitsverv, med mer. De som tildeles stipend sender i løpet av 2023 en kort redegjørelse for hvordan pengene er benyttet.

Søknad sendes Norsk psykologforening v/ Tone S. Naglestad, p.b. 419 Sentrum, 0103 Oslo, e-post tone.s.n@psykologforeningen.no

Søknadsfrist 1. april 2023.



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

UTDANNINGSAVDELINGEN



Oppstart av nytt kull på utdanningsprogrammet for barnefaglig sakkyndige våren 2023

På vegne av Barne- og familiedepartementet (BFD) administrerer Norsk psykologforening i samarbeid med Legeforeningen et toårig utdanningsprogram for psykologer og leger som har interesse for arbeid som barnefaglig sakkyndig, og som ønsker å øke sin kompetanse på dette feltet.

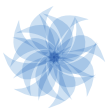
Det er fremdeles ledige plasser til oppstart av nytt utdanningsprogram **30. mai–1. juni 2023**

Samlingene holdes sentralt i Oslo.

For tidspunkter, kostnader, informasjon om påmelding og studieplan for programmet: <https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning/andre-utdanningsprogram/utdanning-av-barnefaglig-sakkyndige>

Du er også velkommen til å kontakte Rita Standahl, e-post rita@psykologforeningen.no eller Linn Engebretsen, e-post linn@psykologforeningen.no dersom du har spørsmål.

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



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

UTDANNINGSAVDELINGEN



NKI
Norsk Karakteranalytisk Institutt
utdanning i karakteranalyse og kroppsorientert psykoterapi

Etterutdanning seksuell helse for psykologer og psykiatere

Oppstart våren 2023 i Oslo

Etterutdanningskurs i arbeid med seksualitet i psykoterapi

Seksuell helse er et viktig og relevant aspekt av psykisk helse. Utdanningen gir en innføring i oppdatert kunnskap om seksualitet og seksuell helse og bevisstgjøring av egne holdninger som kan påvirke hvordan vi arbeider med seksuelle temaer. En målsetning er at deltagere skal føle seg tryggere og mer komfortable til å ta opp og følge opp seksuelle temaer med sine pasienter.

Kurset er rettet mot psykologer og psykiatere. I tillegg vil vi invitere et begrenset antall psykologstudenter.

Kursrekken består av 6 digitale foredrag og to fysiske samlinger.

Foredragene holdes av Sidsel Schaller. Samlingen inkluderer 3 gruppeledere i tillegg til Schaller.

Digitale foredrag: 24. april, 8. mai, 15. mai, 22. mai, 5. juni og 12. juni (kl. 18.00–20.00)

Fysiske samlinger deles i to grupper:

Gruppe 1: 28.–29. sept. og 30. nov.–1. des.

Gruppe 2: 2.–3. okt. og 4.–5. des.–1. nov og 1.–2. des. 2022

Pris: Psykologer/psykiatere: kr 8 000

Kurset holdes med forbehold om støtte fra Helsedirektoratet. Kurset søkes godkjent som vedlikeholdsaktivitet for leger og psykologer.

Søknadsskjema og ytterligere informasjon:

<https://www.karakteranalyse.no/etterutdanning-seksuell-helse-for-psykologer-og-psykiatere/> eller på tlf. **412 56 600**

Søknadsskjema sendes til kontor@karakteranalyse.no

Søknadsfrist: 31. mars 2023. På grunn av begrenset plass anbefales det å søke tidlig

Kronisk traumatisering og traumerelatert dissosiasjon

12 dagers kursrekke (4x3 dager) med Arne Blindheim og Marianne Straume (psyk. spes.)

Oslo, mai 2023 – februar 2024

Informasjon og påmelding:

www.krisepsykologi.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@psykologtidsskriftet.no eller telefon 23 10 31 33

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **3. april**, frist for å bestille annonse til april-utgaven er **20. mars**

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

**ALMAGROFORENINGEN PRESENTERER:
Seminar i Moral de Calatrava,
Spania 17.9–23.9.2023**

Kroppen som slagmark

Selvdestruksjon, negativ terapeutisk reaksjon og masochisme. Om seksualitet og destruktivitet i terapi. Et kropps-dynamisk og psykoanalytisk perspektiv.

Seminar og opphold finner sted i et nyrestaurert pittoresk gammelt palass. (Palacio del Gobernador).

Foredragsholdere:

Psykologspesialistene/psykoanalytikere:
Inger Wangen, Hans Peter Broch
og Jostein Kusslid (og karakteranalytiker);
psykologspesialistene Dag Holte, Tor Sletten
(bodynamic analytiker) og Pilar Picalló, korrektiv
massør (Spania); prof. em. i almen litteraturvitenskap
dr.philos. Per Buvik og skuespiller Rhine Skaanes;
psykoanalytiker, spesialist i barne- og
ungdomspsykiatri og psykosomatisk medisin,
dr. Terje Neraal (Tyskland).

Påmelding: Ved betaling av deltakeravgift på kr 7 300,- til Almagroforeningen konto 5082 06 97348. Deltakeravgift er eksklusiv flyreise til Madrid og opphold på hotell i Moral (som vi reserverer). Inklusiv 4 dager sen middag med smaksprøver av excellente lokale viner dyrket på vulkansk jord; utflukt og buss Madrid-Moral.

Frist 1. mai 2023. (Bekreft også påmelding ved e-post til almagroforeningen@gmail.com). For psykologer og leger. Informasjon: almagroforeningen.no og tlf. 0034 635157267



Tidsskrift for Norsk psykologforening
Media · 5 av 5 · 16 k følgere

**Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening på**

facebook

**PSY
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.

**Skal du flytte
eller bytte arbeidssted?**



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

Psykolog i fengselshelsetjenesten, 50 %

Horten og Bastøy fengsel – Horten kommune

Bastøy fengsel er det største lavsikkerhetsfengselet i Norge, og fengselet ligger på Bastøy i Oslofjorden og er en del av Horten kommune. Fengselet disponerer hele øya selv om nordre del med badestranden Nordbukta har status som friområde. Fengselet fungerer som et eget lite lokalsamfunn med ca 80 bygninger, veier, strandsoner, kulturlandskap, fotballbane, dyrket mark og skog. Det finnes i tillegg til fengselsdriften bibliotek, butikk, helsetjeneste, kirke, skole, NAV, fergedrift og et fyr med fasiliteter for utleie for mindre møter og seminarer. Det er ca 125 plasser.

Nordre Vestfold fengsel, Horten avdeling ligger midt i sentrum av Horten kommune og er en enhet med høyt sikkerhetsnivå. Fengselet har 16 plasser fordelt på varetekstsinnsatte og domfelte menn. Fengselet har arbeidsdrift, skole og helse. Egen bakgård/luftegård med eget drivhus/vektkasser til dyrking av grønnsaker. Bakgården inneholder også en 6 hulls minigolfbane og bilpølse.

Arbeidsoppgaver

- Kartlegging og behandling av innsatte både individuelt og i grupper, blant annet psykoedukativ gruppe for pasienter med traumesymptomer
- Henvisning til og samarbeid med spesialisthelsetjenesten ved alvorlige psykiske lidelser
- Stillingen går ut på å tilby individuell samtalerapi, gruppeterapi og traumebehandling til innsatte i Horten fengsel og Bastøy fengsel
- Psykologen samarbeider også med kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten
- Psykologen inngår i et tverrfaglig team bestående av leger, sykepleiere og psykolog, samarbeider med kriminalomsorgen og andre aktører
- Søker må kunne undervise, veilede og gi faglig støtte til øvrig personell

Kvalifikasjoner

Krav:

- Offentlig godkjent psykolog eller psykologspesialist
- Gode muntlige og skriftlige norsk- og engelskkunnskaper
- Søker må levere gyldig politiattest for arbeid i fengsel og helse

Det er videre ønskelig at søkeren har erfaring med:

- Kartlegging/diagnostisering av psykiske lidelser
- Individuell og grupperelatert psykoterapi
- Traumebehandling
- Møte mennesker i eksistensielle kriser
- Kunnskap med pasienter med personlighetsforstyrrelser

Personlige egenskaper

- Robust med tåleevne til å arbeide i fengsel

- Evne til å samarbeide og å jobbe i team vektlegges
- Fleksibel og løsningsorientert
- Evne til å jobbe godt tverrfaglig på tvers av sektorer
- Evne til å motivere andre og bygge relasjoner
- Evne til å jobbe selvstendig og trives med å bli gitt ansvar
- Være bevisst sin rolle og funksjon i arbeid med pasientmålgruppen
- Personlig egnethet tillegges stor vekt

Vi tilbyr

- Spennende og varierte arbeidsoppgaver
- Mulighet for faglig utvikling og kurs
- Et utfordrende arbeidsfelt i endring og utvikling
- Mulighet for påvirkning av kommunens utforming av helsetjenester til pasientgruppen
- Bedriftshelsetjeneste
- Fri bruk av Horten svømmehall
- Rabatt på treningssenter
- Gode forsikrings- og pensjonsordninger
- Lønn etter avtale

Kontaktinformasjon

Jeanette H. Moen Hansen, avdelingsleder, tlf. 975 50 422, e-post jeanette.hansen@horten.kommune.no

Niels Kirkhus, kommuneoverlege, tlf. 902 79 120, e-post niels.kirkhus@horten.kommune.no

Alle våre ledige stillinger er å finne på www.horten.kommune.no. Ledig stiling.

Horten kommune aksepterer kun søknader sendt inn via WebCruiter.

Søknadsfrist: **07.03.2023**



Helse Sør-Øst RHF



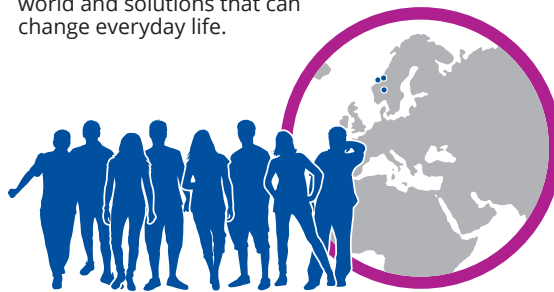
Ledige avtalehjemler i psykologi

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



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



ARE YOU ONE OF US?
NTNU IS LOOKING FOR DEDICATED EMPLOYEES

Faculty of Social and Educational Sciences
Department of Psychology

Associate professor in social psychology

100 % permanent position.

Workplace: Trondheim
Deadline: 11.04.2023



Norwegian University of
Science and Technology

TRONDHEIM – GJØVIK – ÅLESUND

jobbnorge.no

www.ntnu.edu/vacancies

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2023

SPESIALPLASSERING:

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
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	Liggende	Stående
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.

**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
ARBEIDSLIVS-
UTVALGET****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

Jus- og arbeidslivsavdeling

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

- 130 **Miljø- og klimapsykologi i norsk kontekst**
Fagessay | Nakkerud et al.
- 136 **Arven etter Skinner: psykologiens bidrag i møte med klimakrisen**
Fagessay | Elgarøy & Løkke
- 142 **Behandlingsmetoders rolle i evidensbasert psykologisk praksis**
Teoretisk artikkel | Andreas Høstmælingen
- 152 **Den glemte svikten: forståelse og konsekvenser av emosjonell neglekt**
Fra praksis | Brandtzæg & Torsteinson
- 158 **SSFT: En nykomponert og brukervennlig en-times terapimodell**
Fra praksis | Bjørn S. Hesla
- 164 ***Uviljen til å redde liv***
Etikkpanelet | Sivert Straume
- 168 **MENINGER**
Kronikk: Hva motiverer psykologene? | Frida Feyer (s. 170)
Debatt: Lønns- og arbeidsvilkår (s. 168), Biopsykososial modell (s. 174 & 176) & Kunstig intelligens (s. 179)
- 182 ***Grenseløs etikk?***
Kommentar | Katharine Cecilia Williams
- 184 **Debattkulturen som knebler oss**
Nye stemmer | Helén Ingrid Andreassen
- 185 **Velkommen til «Nye stemmer»**
Derfor | Per Halvorsen
- 186 **INNTRYKK**
Anmeldelser: Kunsten å vekke tillit (s. 186), En bok for sin tid (s. 189)
- 193 **Annonser**
- 197 **Stillingsannonser**