

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOL OGI

Vol. 61 nr. 01 2024

Fenomenologisk og positivistisk empati

*Blystad & Grøgaard
Teoretisk artikkel*

ETIKK I FAMILIEBASERT TERAPI

*Kristin Sarmon
Evidensbasert praksis*

Den vanskelige søvnen

Fra praksis

Tvangsetikk

Kronikk



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 18.01, 16.02, 13.03

Denne utgaven ble godkjent til trykk 20.12.2023

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

Siden 1973 har Tidsskrift for Norsk psykologforening vært en viktig plattform for norsk psykologi. Vårt mål er å være en aktuell og faglig kvalitetssikret ressurs spesifikt rettet inn mot psykologers behov for informasjon, til deres praktiske profesjonsutøvelse og behov for oppdatering. Vi henvender oss også til andre som søker kunnskaper om psykologi, inkludert brukergrupper, politikere og journalister/media. Psykologtidsskriftet ønsker å stimulere til forskning og fagutvikling og er et godkjent nivå-1-tidsskrift.

I tillegg til vitenskapelige artikler finner du fagessay, reportasjer, bokanmeldelser, kronikker og debattinnlegg. Tidsskriftet skal speile psykologifagets innhold, utøvelse og plass i samfunnet.

Les formålsparagrafen på www.psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams, **Psykologfaglig redaktør** Gro Walø-Syversen,

Journalist Matt Oxman, **Produksjonsansvarlig** Veronica Bjartan, **Teknisk redaktør** Christian von Schack, **Redaktører** Heidi Witttrup Djup, Patrick Michael Palmelund Faaland, Daniel Gunstveit, Ida Sund Morken, **Markedsansvarlig** Unni Sandland, **Visuelt ansvarlig/desk** Nora Skjerdingsstad

Redaksjonsråd

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

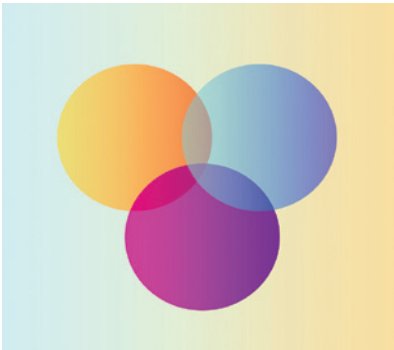
© Tidsskrift for Norsk psykologforening

Alt innhold på www.psykologtidsskriftet.no er fritt tilgjengelig. Alle vitenskapelige artikler innsendt etter 1. juni 2022, publiseres under åpen tilgang (Open access) med Creative Commons-lisensen CC-BY 4.0. Bilder, illustrasjoner og figurer omfattes av oppgitt CC-lisens med mindre annet er angitt i bilde-/figurteksten. Dersom elementer er rettighetsbelagt, må man kontakte rettighetshaver for gjenbruk.

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



ILLUSTRASJON: NORA SKJERDINGSTAD



Psykologtidsskriftet lanserer ny sjanger: evidensbasert psykologisk praksis. Derfor. Side 2.

ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK



Psykologer må ta mer hensyn til fattigdom og økonomisk stress. Etikkpanelet. Side 44.

FOTO: WIKIMEDIA / JAAN KUNNAP



Anders Malkomsen etterlyser en humanistisk revolusjon i klinisk psykologi. Bokanmeldelse. Side 64.

Innhold

- 2 **Ny sjanger for erfaringsutveksling mellom psykologer**
Derfor | Katharine Cecilia Williams & Gro Walø-Syversen
- 4 **Etiske perspektiver i behandling av spiseforstyrrelse hos barn og unge**
Evidensbasert praksis | Kristin Sarmon
- 14 **Erfaringer med søvnprogrammet Sov godt**
Fra praksis | Sandtrø et al.
- 20 **Det kroppslig-relasjonelle perspektivet i psykoterapi**
Fagessay | Siri Klevstrand-Kruse
- 26 **Intensiv EMDR-terapi for barn og ungdom**
Fra praksis | Aspesletten & Nomerstad
- 32 **Empatiens mange ansikter: fenomenologisk og positivistisk empati**
Teoretisk artikkel | Blystad & Christensen Grøgaard
- 44 **Fattigdom som elefanten i psykologkontoret**
Etikkpanelet | Joanna Rzadkowska
- 48 **MENINGER**
Kronikk: Tvangsetikk | Pål Grøndahl (s. 50)
Debatt: Produktivitet (s. 48), Nevropsykologi og terapi (s. 53), Krigen i Gaza (s. 58)
- 61 **Holdninger til psykedelika blant helsepersonell**
Nye stemmer | Raymond Stangenes
- 64 **INNTRYKK**
Anmeldelser: Engasjerende og eksistensielt om meningsløshetens psykologi (s. 64),
Mer psykoterapi mellom himmel og jord (s. 66), Bokessay: Skam - en komplisert følelse | Tone Normann-Eide (s. 68)

Ny sjanger for erfaringsutveksling mellom psykologer

Hvordan integrerer og anvender psykologer forskning i praksis? Du har kolleger som vil lese om dine erfaringer.



TEKST Katharine Cecilia Williams, sjefredaktør og Gro Walø-Syversen, psykologfaglig redaktør

REDAKSJONENS VISJON MED «evidensbasert psykologisk praksis» er å lage en akademisk sjanger som er helt særegen og spesifikk for psykologprofesjonens egenart. Tekster som viser konkrete eksempler på hvordan klinikerer integrerer sin egen ekspertise med terapimodeller, forskning, pasientens behov og egenart innenfor rammene av en gitt behandlingssetting, vil være svært verdifulle bidrag her.

Med sjangeren Evidensbasert psykologisk praksis ønsker vi å gi leseren tilgang på psykologfaglige resonnementer som viser frem anvendelsen av forskningsfunn i konkrete, kliniske problemstillinger.

Dersom problemstillingen er smal eller omhandler en liten pasientpopulasjon, er dette av betydelig verdi fordi vi erfarer at slike tekster har stor overføringsverdi.

PSYKOLOGFAGLIG BAKGRUNN

På Boulder-konferansen i Colorado i 1947 vedtok Den amerikanske psykologforeningen (APA) scientist-practitioner-modellen, som fastslår at psykologisk praksis skal utføres på grunnlag av vitenskap. Vi kan trekke tråder herfra og til dagens forståelse av evidensbasert psykologisk praksis. I det norske psykologmiljøet har det vært konsensus om at praksis må være fundert på forskning. Hvilken type kunnskap som er viktig og relevant for praksis, har imidlertid vært gjenstand for stor konflikt.

I kjernen av konflikten ligger at kunnskap som er statistisk signifikant, ikke nødvendigvis er klinisk relevant. La oss si at du arbeider med en pasient som du strever litt med. Du gjør et søk i litteraturen for å finne forskning på behandling av pasienter med samme problematikk som din. Gullstandarden for klinisk

forskning er randomiserte, kontrollerte studier, fortrinnsvis på store pasientutvalg. Dette innebærer at pasientene som er inkludert i forskningen, er blitt selektert. Ofte er for eksempel rusproblemer eller psykosesyntomer eksklusjonskriterier i kliniske studier. Dette gjør forskningen nøyaktig og pålitelig, men kan føre til at forskningslitteraturen ikke hjelper deg i å finne ut hvordan du skal gå videre med din pasient.

I debattene som har gått i Psykologtidsskriftet gjennom årene, har også flere poengtert at forskning som viser solide behandlingseffekter av en gitt modell, ikke tar høyde for betingelsene som terapeuten må forholde seg til i klinikken. Lange ventelister, press om å skrive ut pasienter og formelle krav til utredningen er blant forhold som kan gjøre det vanskelig å ta i bruk forskning i praksis.

KJÆRT BARN HAR MANGE NAVN

Psykologene er enige om at praksis må være basert på kunnskap, men har svært ulike syn på hvilken type kunnskap som bør utgjøre fundamentet. Begrepet «evidensbasert praksis» brukes ofte uten noen videre definisjon, men redaksjonen ser at det ofte blir tolket omtrent slik:

Metoder som det er blitt forsket på, og som kan vise til god behandlingseffekt.

Vår gjennomgang av Psykologtidsskriftet arkiver gjennom de siste 50 år viser et mangfold av ulike begreper som er blitt behandlet overlappende eller synonymt, som f.eks. evidensbasert kunnskap, evidensbasert metode, empirisk validerte metoder, empirisk understøttede

metoder, erfaringsbasert kunnskap, evidensbasert klinisk psykologi og evidensbasert psykoterapi. Noen helgarderer og bruker betegnelsen kunnskapsbasert evidensbasert klinisk praksis. Salige Harald Schjelderup brukte begrepet «psykoterapeutiske virkninger». Vi har sett at enkelte skiller mellom «evidensbasert praksis» og «kunnskapsbasert praksis», uten at denne presumptive ulikheten defineres eksplisitt. Det kan imidlertid se ut til at «kunnskapsbasert praksis» blir brukt av fagpersoner som ønsker å inkludere en større bredde av forskningsdesign og ikke avgrense til forskning som følger gullstandarden (randomiserte, kontrollerte studier). En slik omfavning av flere former for kunnskap er i samsvar med Prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis som Norsk Psykologforening vedtok i 2007:

Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) er integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål.

Prinsipperklæringen utgjør den eneste vedtatte definisjonen vi har. Legg merke til at behandlingsmetoden her har en sidestilt posisjon, sammen med klinikerens ekspertise og pasientens forutsetninger og ønskemål. Evidensbasert psykologisk praksis går altså utover bruken av en avgrenset terapimodell.

HVORFOR NY SJANGER?

Har du noen gang opplevd det vanskelig å trekke sammenhenger mellom resultater fra psykometriske tester og til gjeldende diagnosemanual? Har du hatt en pasient som oppfyller diagnosekriteriene for en lidelse som det finnes en godt dokumentert psykoterapeutisk behandlingsmodell for, som av ulike grunner ikke kunne dra nytte av denne behandlingen? Eller har du stusset over at pasientens diagnose og behandlingsmålene dere setter opp sammen, ofte ikke er relatert til hverandre? I så fall er du nok i godt selskap.

Utfordringen med å drive evidensbasert psykologisk praksis er å finne gode måter å trekke ut fra forskning (f.eks. kunnskap på gruppedata) det du trenger til behandlingen av din unike pasient. Dette er arbeid som psykologer gjør hver eneste dag, men som blir en stille kunnskap så lenge den ikke deles.

Redaksjonen ønsker å stimulere til deling av slik stille kunnskap. Vi vil gjerne få inn manus fra deg som har stått overfor en klinisk utfordring, gjort søk i artikler og i litteratur og gjort deg gode erfaringer med din tilpassning av kunnskap i arbeidet med pasienten eller pasientgruppen.

Vi vet at du har mange kolleger som vil sette stor pris på å lese om dine erfaringer.

SLIK SKRIVER DU ARTIKKELEN

Den oppmerksomme leser vil innvende at vi allerede har en evidensbasert praksis-sjanger.

Den nye sjangeren skiller seg vesentlig fra tidligere sjanger med liknende navn. I hovedtrekk utgjør

forskjellen at sjangerkriteriene er harmonisert med formuleringene i Prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis. Arbeidet er gjort i et samarbeid mellom redaksjonen og representanter fra forskermiljøene og fra de ulike psykologfaglige spesialitetene.

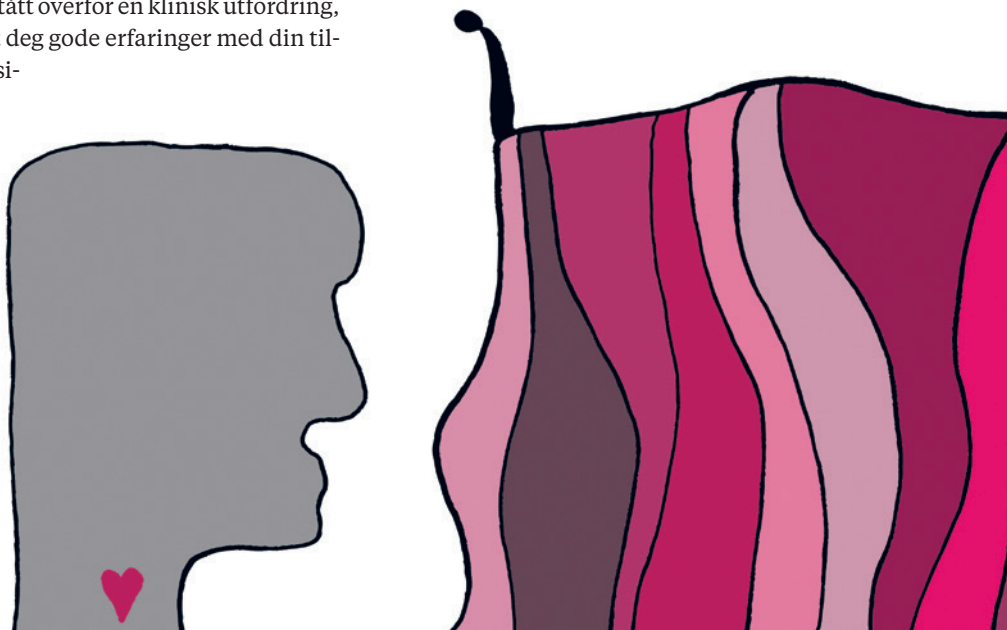
Evidensbasert psykologisk praksis inkluderes i våre redaksjonelle rutiner som en vitenskapelig sjanger, og artiklene vil bli fagfellevurdert. For vitenskapelige artikler gjelder som inngangskriterium at arbeidet skal representere et originalbidrag, altså tilføre feltet nye innsikter. Forfatteren gjør dette gjennom å kaste lys over eksisterende kunnskap ved å drøfte eller analysere teorier, modeller, foreliggende empiri eller begrepsforståelser i konteksten av en spesifikk klinisk problemstilling.

Kort oppsummert er det sentrale i teksten det psykologfaglige resonnement. ✖

Sjangerkriterier og nærmere forfatterveiledning ligger på Psykologtidsskriftet.no:



ILLUSTRASJON: NORA SKJERDINGSTAD



Etiske perspektiver i behandling av spiseforstyrrelse hos barn og unge

Kristin Sarmon

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Sykehuset i Vestfold

Sammendrag

Artikkelen viser hvordan bruk av systematiske etiske overveielser kan kaste lys over viktige dilemma i behandling av spiseforstyrrelse hos barn og unge i norsk psykisk helsevern. Ved hjelp av en sekstrinnsmodell for etisk refleksjon undersøker man et fiktivt klinisk eksempel på foreldres rolle i familiebasert terapi (FBT). Helt konkret ser man nærmere på hvordan det eksplisitte ansvaret foreldre gis i FBT, kan lede til tvil om evnene deres som omsorgsgivere, og hvorvidt anbefaling om døgninnleggelse i slike tilfeller kan sidestilles med opplysningsplikt til barneverntjenesten. Ved å foreta en konsistent og metodisk gjennomgang av alle relevante aspekter ved de etiske utfordringene, tilbyr analysen en konkret og systematisk måte å klarlegge dilemmaene på, avdekke underliggende verdier og utforske nye perspektiver og løsninger i behandling av spiseforstyrrelser hos barn og unge. Videre peker analysen på viktige utviklingsområder i evidensbasert psykologisk praksis og tverrsektorielt samarbeid på spiseforstyrrelsesfeltet.

Nøkkelord: FBT, spiseforstyrrelse, foreldre, omsorg, etisk analyse, evidensbasert psykologisk praksis

KONTAKT

kristinsarmon@gmail.com

MERKNAD

Forfatteren mottok IAPs fagutviklingsstipend 2022 for å kunne ta skrivepermisjon fra sin stilling

FAGFELLEVDERT

Spiseforstyrrelser betegnes av et forstyrret forhold til mat, kropp og vekt som kommer til uttrykk gjennom overopptatthet av figur, negativt selvbilde og/eller vektkompenserende atferd (Halvorsen & Bergwitz, 2019). Historisk sett ses foreldre som en ressurs i behandling av spiseforstyrrelser, de beskrives som helsetjenestens «forlengede arm» (Statens helsetilsyn, 2000). Med en sterk anbefaling om familiebasert terapi (FBT) viderefører Helsedirektoratets retningslinjer denne idéen (Helsedirektoratet, 2017) og setter ikke bare foreldrene i førersetet, men utfordrer også hvordan vi forstår og konseptualiserer omsorg.

Familiebasert terapi

FBT ble utviklet ved Maudsley Hospital i London (Eisler, 2005) og deretter manualisert av James Lock og Daniel Le Grange (2015). Modellen, en 20 ukers intervensjon, bygger på ulike skoler i familierapi (Forsberg & Lock, 2015; Lock & Le Grange, 2015; Torsteinsson et al., 2021). FBT er inspirert av narrativ praksis og eksternalisering (Eisler, 2005), og strategisk og løsningsfokuseret terapi med fokus på fremtid og opprettholdende faktorer (Lock & Le Grange, 2015; Torsteinsson et al., 2021). Videre står det sentralt å forholde seg agnostisk til lidelsens utspring, blant annet for å redusere skyldfølelse i familien (Torsteinsson et al., 2021).

Synet på foreldrenes rolle i FBT er påvirket av strukturell familierapi, og man bruker strategier for å øke handlekraft og mestringstro. Samtidig ses familien som bærebjelken i den unges liv, hvilket gjør at systemiske dialoger som engasjerer alle medlemmer og åpner for nye perspektiver, er viktig. Målet er at familien blir uavhengig av terapeuten og tar i bruk egne ressurser. Dette krever at terapeuten inntar en konsultativ holdning, som i samarbeidsorientert og dialogisk familierapi (Lock & Le Grange, 2015; Torsteinsson et al., 2021).

FBT deles inn i tre faser. I fase I skal foreldre styrkes i å sørge for de særlige behovene den unge har knyttet til spiseforstyrrelsen. Mat er «medisin», og foreldrene er ansvarlige for å «administrere» den. Fase II innebærer at den unge gradvis får tilbake ansvar for å spise. Dette krever at familiens stressnivå senkes, og at den unge får rom til å øve, selv om foreldrene bærer ansvaret. Relasjonelle tema kan så smått få plass i terapirommet. Overgangen til fase III skjer når somatiske parametere er stabile og spiseforstyrret atferd har opphørt. Målet er å gjenvinne aldersadekvate bånd i familien og støtte den unge i et autonomt liv uten lidelsen. Foreldre må «tilbake til normalen» og utøve omsorg

for sin nå friske ungdom (Freizinger et al., 2021; Lock & Le Grange, 2015).

Omsorg i behandling

«For foreldre er det av fundamental betydning å oppleve at barna spiser, vokser og utvikler seg», skriver Inger Halvorsen og Tone Bergwitz (2019). I FBT er behandlingen tuftet på å mobilisere denne motivasjonen hos foreldre. I prinsippet er det ingen andre enn barnets omsorgsgivere som er bedre egnet til å gjøre barnets forhold til mat trygt igjen (Lock & Le Grange, 2015). Til tross for at omsorgsinnsats har vist seg å ha sammenheng med gode prognoser (Couturier et al., 2013; Månsson et al., 2016; Robinson et al., 2012), vil selv kompetente omsorgsgivere oppleve utfordringer i å hjelpe barnet sitt til nok næring og hvile (Fox et al., 2017; Halvorsen & Bergwitz, 2019). En mor beskriver erfaringen sin med FBT slik:

... så tenkte vi fort at dette, dette har vi ikke kompetanse til [...] Det er jo et kjempeansvar å få, og det er skummelt, fordi du tenker; nå står alt på at vi skal få til dette her. Og det føles nesten umulig. (Klingenberg, 2020)

Omsorgsoppgaven kan være overveldende. Nasjonal faglig retningslinje sier at tiltak som støtter foreldrefunksjonen, kan bli nødvendig, og at man må vurdere døgninnleggelse ved «sammenbrudd i omsorgssituasjonen hvor familien ikke makter å ivareta barnet, eller ta ansvar for at barnet spiser tilstrekkelig». Samtidig skal helsepersonellet *også* «vurdere å kontakte barneverntjenesten» i en slik situasjon (Helsedirektoratet, 2017). I Nasjonal faglig retningslinjes anbefalinger blir omsorgsoppgaven gjort til et sentralt behandlingsprinsipp, der FBT forteller oss hvordan sikre god og adekvat omsorg for den syke. Samtidig skal behandleren oppfylle kravet om å vurdere om omsorgen er god nok eller gir grunnlag for bekymring. Slik sett forener omsorgsbegrepet spesialisthelsetjeneste og barnevern, men visker også ut skillelinjene mellom tjenestenes mandater.

Spørsmålet er hvilken praksis denne todelte instruksjonen til helsepersonell fordrer, og om det er etisk akseptabelt å gi foreldre et ansvar som «medbehandlere» når utfallet kan utløse meldeplikten. Lovverket forplikter behandleren å melde fra om bekymring til barnevernet (Barnevernsloven, 2021, § 13-12). Dette kan være utfordrende å håndheve når vurderingen er sidestilt med en vurdering av intensivering av helsehjelpen. Alvorlig spiseforstyrrelse kan føre til svært kompliserte behandlingsforløp, preget av mange og

oppretholdende faktorer, og tilsynelatende fastlåste situasjoner og uheldige utviklingsspor. Det krever at behandleren har en særlig kompetanse og evne til å håndtere fagetiske dilemma som oppstår i behandlingen (Psykologforeningen, 1998).

Artikkelen presenterer en konkret måte å systematisere arbeidet på, klarlegge dilemmaene, løfte frem verdigrunnlaget for det kliniske arbeidet og utforske løsninger. Idéen er at integrering av etisk tenkning vil styrke kvaliteten i behandlingen og evidensbasert psykologisk praksis (Berg, 2020).

Fremgangsmåte

Selv om en situasjon ikke fremstår som etisk problematisk, kan den oppleves slik av de involverte (Lillemoen et al., 2020). For å drøfte etiske dilemma i kjølvannet av anbefalingene i Nasjonal faglig retningslinje om FBT, bruk av døgninnleggelse og samarbeid med barnevern (Helsedirektoratet, 2017), anvendes en fiktiv kasuistikk og Systematisk modell for etikkrefleksjon (SME-modellen) (Lillemoen et al., 2020). Kasuistikken er basert på omskrevne og anonymiserte anekdoter fra klinisk praksis, og illustrerer utfordringene som kan følge av implementeringen av FBT-manualen i norske BUP-er. Ved hjelp av SME-modellen er målet å presisere de etiske utfordringene og alternative løsninger.

SME-modellen

SME-modellen ble utviklet av dr.med. Reidun Førde ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, og opprinnelig tatt i bruk ved Rikshospitalet fra midten av 1990-tallet. Modellen legger grunnlaget for en systematisk og metodisk prosess som kan gi ny forståelse og økt bevissthet rundt egen praksis. Modellen ligger tett opp til arbeidet i de kliniske etikk-komiteer i helseforetakene, og kan være et godt hjelpemiddel til refleksjon i en klinisk hverdag (Førde & Pedersen, 2015; Lillemoen et al., 2020).

Det finnes ulike etiske refleksjonsmodeller (Lillemoen et al., 2020; Miljeteig et al., 2010, 2013), men alle bruker en trinnsvis og konsistent gjennomgang av de fleste relevante aspekter ved det etiske problemet. Her anvendes en variant som består av fem punkter, som trekker inn aktuelt lovverk og kulminerer i relevante handlingsalternativer (Lillemoen et al., 2020):

1. Hva er det etiske problemet?
2. Hva er fakta i saken?
3. Hvem er de berørte parter, og hva er deres syn og interesser?
- 4a. Hvilke etiske verdier og prinsipper er aktuelle?

- 4b. Hvilke lover og retningslinjer er aktuelle?
5. Hvilke relevante handlingsalternativer finnes?

Kasuistikk: Oda og mor

Oda (15) kom til BUP sammen med mor. Året før var hun blitt vegetarianer, hadde begynt å trene og tapt mye vekt. I samme periode isolerte hun seg fra jevnaldrende. Hun strevde med å finne ord for hvordan hun hadde det, men bekreftet at mat var blitt et problem. Mor var fortvilet og tynget av skyld for ikke å ha forstått dette før. Hun var eneforsørger, Odas far døde av sykdom ti år tidligere. Oda og mor stod hverandre, og besteforeldrene, nær.

Familien ga uttrykk for tiltro til BUPs anbefalinger. Ifellesskap ble det laget en plan basert på FBT. Mor tok ansvar for mat, hvile og restriksjoner. Hun forklarte at besteforeldrene ble skremt av Odas angst under måltider, men at hun selv stod trygt i det, og at Oda ikke ønsket å involvere andre.

Til tross for iherdig innsats fortsatte vekten å falle. Det ble stadig vanskeligere for familien å ta imot hjelp fra eget nettverk og å møte hos BUP. De ville jobbe for tilfriskning uten avbrytelser og forklarte at de trengte tid ved matbordet. På BUP delte mor bekymringen for Odas stadig dårligere tilstand, men virket rådvill. Selv om hun ville «være sterkere enn sykdommen», ønsket hun at behandleren skulle forstå Odas behov for tilpasninger. Hun fryktet at datterens stemme ikke ble hørt i all praten om mat. Da mors usikkerhet ble utforsket, sa hun at hun opplevde å utøve tvang – ikke omsorg.

Mor kunne på forhånd forplikte seg til å servere full tallerken og avverge enhver forhandling, men ble under måltidene overmannet av trang til å beskytte Oda: mot kvalme ved smak av kjøtt, mageknip etter middag, frykt for fedme og tanker om å heller dø enn å spise. Hun ble skremt av hva spiseforstyrrelsen gjorde med Oda, men også av ansvaret hun fikk som forelder.

Uoverensstemmelsen mellom innsatsen familien la ned og fravær av vektprogresjon over tid, utløste bekymring for omsorgssituasjonen. Poliklinisk behandling syntes ikke lenger nok, og BUP ønsket å henvise familien til døgninnleggelse for å sikre tryggere rammer. Mor ble svært opprørt og holdt fast i at FBT som poliklinisk behandling, var anbefalt. Hun var bekymret for at Oda ville bli dårligere av en innleggelse. Hun ville ikke samtykke til «nok et tiltak hvor magefølelsen sa at hun gjorde ting verre». Da Oda sa at hun ville nekte å spise i en døgnpost, ble mors bange anelser bekreftet.

Selv om behandlerens erfaring tilsa at spiseforstyrrelsen nå tok beslutningene i familien, ble ikke mor fortlølig med en slik forståelse. Etter flere samtaler uten at

man ble enige om videre behandling, meldte BUP om sin bekymring til barneverntjenesten. BUP vurderte på det tidspunktet at meldeplikt var utløst på grunn av sammenbrudd i omsorgssituasjonen – i møte med alvorlig spiseforstyrrelse.

Etisk analyse

Etiske utfordringer

Dilemmaene som følger av den nasjonale anbefalingen om bruk av FBT, fremtrer i kasuistikken. I FBT gis mor et eksplisitt ansvar i Odas behandling, uten at behandleren med sikkerhet kan vite om hun har forutsetninger for å ta ansvaret. Satt på spissen kan praksis i tråd med metoden pålegge mor oppgaver som fører til at hun også vurderes til å ikke ha god nok omsorgsevne. Samtidig begrenses tiltak for å styrke omsorgen og barnevernets handlingsrom av den helsemessige kritiske situasjonen. Nasjonal faglig retningslinje sier på en måte at en skal tildele familien ansvar for mat og måltider, slik FBT innebærer, men på den annen side: Hvis *ikke* familien tar ansvaret for å sikre at barnet spiser tilstrekkelig, bør både døgninnleggelse og bekymringsmelding vurderes (Helsedirektoratet, 2017). I lys av Oda og mors historie virker den doble vurderingen etisk problematisk.

Gjennom meldeplikten, som er lovfestet for å sikre barnets beste og styrke omsorgen (Barnevernsloven, 2021, § 13-2), kommuniserer behandler til mor at hun likevel ikke er den beste til å hjelpe datteren ut av alvorlig spiseforstyrrelse. Dette skjer til tross for at behandleren med FBT-intervensjoner har forsøkt å gi mor tro på at hun kan gjøre en vesensforskjell i behandlingen av Odas livstruende lidelse. Det sentrale her er ikke hvorvidt det er etisk uakseptabelt å melde bekymring til barnevernet. Spørsmålet er om det er etisk akseptabelt å gi foreldrene et ansvar de ikke nødvendigvis har forutsetninger for å bære.

Bør foreldre gis et så eksplisitt ansvar i behandling som FBT fordrer, når det samtidig kan lede til at foreldrenes grunnleggende omsorgsevne trekkes i tvil? Og bør man da sidestille døgninnleggelse ved sammenbrudd i omsorgssituasjonen og bekymringsmelding til barnevernet?

Kunnskapsgrunnlag og faktiske forhold

Oda er 15 år og rammet av en spiseforstyrrelse med psykologiske og somatiske komplikasjoner, herunder underernæring. Mor er eneforsørger med nettverk i egen familie. Oda nærmer seg helserettslig myndig alder, men hennes beslutningskompetanse virker svekket av ambivalens som følge av spiseforstyrrelsen. Odas fungering bærer tydelig preg av at hun ikke

er i stand til å ernære seg tilstrekkelig, og dette utløser et særlig omsorgsbehov.

Det helsefaglige kunnskapsgrunnlaget er her tuftet på en sterk anbefaling om FBT, basert på forsknings-evidens og konsensus i direktoratets arbeidsgruppe (Helsedirektoratet, 2017). Ifølge anbefalingen vil det være riktig å gi mor det eksplisitte ansvaret, men med tilpasninger som imøtekommer utfordringer i forløpet. Det kan være å oppfordre mor til å finne en alliert voksen i nettverket, da hun som eneforsørger ikke har de samme ressursene som et foreldrepar. Dette forutsetter at den allierte har en nær relasjon til Oda og allerede tilbringer mye tid med henne, forstår alvoret og bidrar på lik linje med mor (Lock & Le Grange, 2015).

Samtidig angir FBT-manualen at modifikasjoner må gjøres med varsomhet og på bakgrunn av omsorgsgivers behov og ikke evner (Lock & Le Grange, 2015). Ettersom Oda ikke ønsker å involvere andre, unngår mor dette. Ifølge FBT er ungdom i sult ute av stand til å ta gode valg knyttet til mat og relatert atferd (Lock & Grange, 2015), og man kan ikke regne med at Oda vil involvere flere hjelpere – som kan utgjøre en «trussel» for lidelsen. Mor som omsorgsgiver kan likevel ha et behov for hjelpere for å holde på ansvaret hun er gitt.

En forelder kan ha andre grunner til å ville håndtere behandlingen alene, for eksempel å innfri forventninger. Odas mor er plaget av skyld og bekymring, noe som kan påvirke motivasjonen og handlekraften (Lock & Le Grange, 2015). Selv om frykt kan være en drivkraft for å beskytte datteren, kan frykten stanse mor i å handle med beslutsomhet og å vise trygghet. Når mor unnlater å konfrontere spiseforstyrrelsen, i frykt for å gjøre vondt verre eller ikke å få det til, opprettholdes og befestes trolig sykdommen (Lock & Le Grange, 2015).

FBT-manualen pålegger behandleren å gjøre foreldrene trygge nok til å stå i nødvendige behandlingstiltak (Lock & Le Grange, 2015). I vårt eksempel innebærer det at behandleren må trygge Odas mor og engasjere henne i dialog om løsninger som passer familien, uten at det går på bekostning av behovet for re-ernæring. Det kan slik sett være helt riktig å gi Odas mor et tungtveiende ansvar. Det forutsetter at hun er fortrolig med at det å bryte et opprettholdende mønster som sult er det mest effektive å gjøre (Forsberg & Lock, 2015). Behandleren må også bruke tid på å utforske mors bekymring for at FBT ikke virker, og utdype hvorfor hovedvekten er på re-ernæring (Lock & Le Grange, 2015).

I FBT skal behandleren i all hovedsak legge til rette for at foreldre tar oppgaven, også når det innebærer vanskelige valg. Mange opplever å mislykkes når spørsmålet om innleggelse tas opp (Lock & Grange, 2015). Det er nærliggende å tenke at dette også gjel-

der Odas mor. Samtidig skal man ikke, i henhold til behandlingsmodellen, fravike prinsippet om foreldre i førerretet på dette tidspunktet. En innleggelse kan være det mor trenger for å finne tilbake til trygghet i foreldrerollen, og i noen tilfeller vil de kritiske omstendighetene som innleggelsen representerer, gjøre det mulig for familien å komme på sporet igjen (Crisp et al., 1991). Men også da må omsorgsgiver være fortrolig med tiltaket.

Selv om foreldrestyrt re-ernæring er et suksesskriterium i modellen (Torsteinsson et al., 2021), finner studier at prognosen er dårligere når reduksjon av undervekten tar lang tid (Doyle et al., 2009; Le Grange et al., 2014). FBT-manualen poengterer at alternativer må vurderes når poliklinisk behandling ikke fører frem, men fastholder at omsorgsgiver har et eksplisitt ansvar. For å optimalisere muligheten for å lykkes bør behandleren overtale foreldre eller gi instruksjoner. En aktuell intervensjon er ifølge FBT å trekke paralleller til kreftsykdom, der foreldre nødig ville avstått fra å gi barnet cellegift selv om bivirkningene var smerte eller kvalme (Lock & Le Grange, 2015). Det kan likevel diskuteres om Odas mor med denne metaforen ville blitt trygg i, og ikke minst fortrolig med, ansvaret hun gis.

De berørte parter syn og interesser

De viktigste partene som er berørt i slike etiske utfordringer er familien, her representert ved Oda og mor; BUP, det vil si behandleren, ansvarlig spesialist og lege; og det kommunale barnevernet, den aktuelle døgnenheten og det overordnede sykehus.

Et felles mål for de berørte er at Oda blir frisk, men flere interesser står på spill for både direkte og indirekte parter. Oda ønsker å medvirke til behandlingen. Her må man ta høyde for svekket sykdomsinnsikt og erkjenne at det er en risiko for å forbigå Odas selvstendige synspunkter hvis forsøk på påvirkning tilskrives spiseforstyrrelsen.

Mor som berørt vil trenge tid og informasjon for å godta en anbefaling fra BUP som innebærer forventninger om hennes forvaltning av omsorgsansvaret og beslutninger i behandlingen, for eksempel om innleggelse. Fra behandlerens synspunkt er det vesentlig at tiden mor bruker, ikke innebærer en helseisiko for Oda. Behandleren vil ønske å yte best mulig behandling, hvilket erfaringsmessig krever at undervekten reduseres innen en viss tid (Le Grange et al., 2014), og det kan derfor være i behandlerens interesse å få forgang i behandling.

Barneverntjenesten, som en mer indirekte berørt part, har et ansvar for å undersøke situasjonen, men også forholde seg til relevante helseopplysninger.

Mandatet er å skulle gi råd eller treffe beslutninger om foreldres omsorgskompetanse (Helsedirektoratet & Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet [Bufdir], 2015), og det vil være i tjenestens interesse å kunne gjøre en selvstendig undersøkelse ut fra barnevernfaglige prinsipper. I tilfellet Oda og mor vil det trolig være ønskelig å bli involvert på et mindre kritisk punkt i forløpet – for å gjøre det mulig å styrke mor i hennes omsorgsoppgaver og i møte med anbefaling om innleggelse.

Sykehuset og døgnenheten vil være interessert i å forebygge akutte eller ufrivillige innleggelser, som kan utgjøre en større belastning for alle involverte (Kawai et al., 2014; Simon et al., 2005). Samtidig kan langvarig poliklinisk behandling opprettholde en spiseforstyrrelse og bidra til et kronisk forløp som er ressurskrevende over tid. I møte med Oda og mor vil en fortsettelse i det samme underkommunisere alvoret i situasjonen. Fra BUPs ståsted vil det derfor være ønskelig at barneverntjenesten råder mor å samtykke til innleggelse.

Verdier og prinsipper

Flere verdier og prinsipper aktualiseres i de etiske utfordringene som er presisert over. Helt grunnleggende er ønsket om velgjørenhet og hensynet til «barnets beste» (Forente nasjoner, 1989; Kymlicka, 1993; World Health Organization, 2015). Spørsmålet er hva som er til det beste for Oda, og hvordan man kan forebygge og unngå å påføre skade i familiens møte med de ulike tjenestene i systemet.

Et annet sentralt prinsipp er at behandling skal hvile på faglige retningslinjer og kunnskap om metodebegrensninger (Psykologforeningen, 2007). FBT-manualen er utviklet utenfor Norge, og våre kulturelt betingede verdier kan stå i konflikt med behandlingsprinsippene i metoden. Norsk kontekst skiller seg på flere vis fra den konteksten hvor FBT-manualen er blitt utviklet. I Norge har vi for eksempel et barnevern med lengre historie enn i noe annet land (Bufdir, u.å.) og som er en betydningsfull samarbeidspartner for helsetjenesten. Videre er vi opptatt av autonomi og medbestemmelse hos barn og unge (Brunborg, 2018). Det kan slik sett være motstridende for en mor som Odas å ta kontroll over datterens liv slik FBT fordrer, når hun ellers i så stor grad verdsetter datterens selvstendighet.

Idet en forelder pålegges oppgaver som viser seg å være uoverskuelige og kan gi grunnlag for å trekke omsorgsevnen i tvil, kan man spørre seg om verdighet og respekt er ivaretatt (Psykologforeningen, 1998). Den sykes og omsorgsgiverens integritet blir også aktualisert (Psykologforeningen, 2007). Som behandler i møte med en ungdom som Oda vil det være kre-

vende å sitte på kunnskapen om akutte konsekvenser av alvorlig underernæring – og samtidig bevare roen til å anerkjenne familiens perspektiver og å integrere dette i praksis.

Lovert og retningslinjer

Utover Nasjonal faglig retningslinje vil lovverk og tilhørende forskrifter også regulere og avgrense de etiske utfordringene. Psykisk helsevernloven (1999, § 1-1) forplikter behandleren til å utføre psykisk helsevern med respekt for menneskeverdet og selvbestemmelsesretten. Som hovedregel er behandling frivillig (Psykisk helsevernloven, 1999, § 2-1), men når helsehjelpen inngår i den daglige omsorgen og kvalifisert helsepersonell mener hjelp er nødvendig for å unngå skade, er forelders samtykke nok til å iverksette tiltak (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Eksempelet med Oda og mor er altså mors samtykke til innleggelse tilstrekkelig til tross for Odas motvilje.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 3-8) pålegger også BUP å gi foreldre nødvendig opplæring for å kunne bidra til best mulig omsorg og behandling. Gjennom behandlingen skal behandleren altså gjøre en løpende vurdering av den sykes tilstand og forelderens behov for støtte til sin rolle. I møte med Oda og mor blir denne forskriften tydelig aktualisert gjennom hele behandlingsforløpet. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §§ 3-1, 4-4) har familien også rett til informasjon og påvirkning. Før en gir helsehjelp, skal «den med foreldreansvar så langt som mulig få si sin mening», også om metode (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-4). Det er slik sett avgjørende at omsorgsgiver er tilstrekkelig informert, både om FBT-modellen og hvorfor en innleggelse kan anbefales. Odas mor skal altså få uttale seg og lyttes til.

På samme tid er meldeplikten utløst idet behandleren vurderer at Oda ikke får den hjelp og omsorg hun trenger (Barnevernsloven, 2021, § 13-2). Enhver som yter helsehjelp, skal nettopp:

... være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak i barneverntjenesten [...] når det er grunn til å tro at et barn har en livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade og ikke kommer til undersøkelse eller behandling [...] eller et spesielt hjelpetrengende barn ikke får dekket sitt særlige behov for behandling. (Helsepersonelloven, 1999, § 33)

Videre sier barnevernsloven (2021, § 13-2) at bekymringsfulle forhold, som over, må opplyses «uten ugrunnet opphold». I møte med Oda og mor er det derfor av betydning at Oda ikke lider unødige i den tiden det tar å opparbeide en allianse eller motivasjon for innleg-

gelse. Hennes rett til nødvendig hjelp og omsorg til rett tid kommer først (Helsedirektoratet & Bufdir, 2015).

Handlingsalternativer

I møte med de etiske utfordringene finnes det flere handlingsalternativer mellom ytterpunktene «ja» eller «nei» til å gi foreldrene et eksplisitt ansvar i behandling, og til å sidestille henvisning til døgninnleggelse og bekymringsmelding. Hensikten med dette trinnet i analysen er å se på mellomløsninger og tiltak som kan gjøre det lettere å løse de to dilemmaene i praksis.

Eksplisitt ansvar

Familiers møte med helsevesenet vil alltid kunne lede til at omsorgsevnen til foreldrene trekkes i tvil, og en kan argumentere for at FBT ikke innehar noen særstilling i så måte. Samtidig er FBT spesielt orientert mot foreldres omsorgsoppgaver og har i praksis få eksklusjonskriterier (Lock & Le Grange, 2015). Det faglige grunnlaget i FBT tilsier at foreldre bør gis et eksplisitt ansvar (Helsedirektoratet, 2017). For å tildele ansvaret på en etisk forsvarlig måte synes det derfor avgjørende at modellen praktiseres med en særlig sensitivitet for både kontraindikasjoner og behov for tilpasninger. I kasuistikken er det tydelig at mor ønsker å hjelpe Oda, og at Oda ønsker mors hjelp. Hensynet til barnets beste, Odas interesser, og verdien av integritet, at mor får være forelder, taler for å gi mor et eksplisitt ansvar. Å gi barnet sitt mat er en grunnleggende foreldreoppgave, og i henhold til lovverket er BUP forpliktet til å gi mor det hun trenger for å få det til (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-8).

Selv om FBT er sterkt anbefalt av Helsedirektoratet (2017), er ikke integrering av forskning i klinisk praksis likefrem (Bjørk & Neumer, 2010). Direktoratets anbefaling er basert på dokumentasjon målt til å holde moderat kvalitet (Helsedirektoratet, 2017), og manualiseringen av FBT har komprimert en bred og kompleks tilnærming som er i stadig utvikling (Eisler et al., 2016). Det kan være etisk akseptabelt å gi foreldre et eksplisitt ansvar i behandling av spiseforstyrrelser hos barn og unge. Dette forutsetter at man kjenner og forstår FBT som mer enn bare en manual, at man er eklektisk i sin praksis og har kunnskap om de lange linjene i fagfeltet. Denne skjønnsmessige fleksibiliteten kan øke bevisstheten om at omsorgsoppgaven FBT fordrer, kan bli for stor, selv for høyst kompetente foreldre som Odas mor. Klinisk ekspertise og skjønn gjør det også mulig å ta høyde for verdier som autonomi og selvstendighet hos ungdommer i vår kultur, og i Odas tilfelle imøtekomme mors opplevelse av at datteren er i behov av noen individuelle tilpasninger. En slik holdning er forenlig med lovverkets krav om å

gi helsehjelp med respekt for menneskeverdet og selvbestemmelsesretten (Psykisk helsevernloven, 1999, § 1-1), og vil kunne anerkjenne foreldres innsats også når omsorgsarbeidet viser seg å bli for tungt.

Sidestilte tiltak

En bekymringsmelding til barnevernet vil ikke bare kunne kommunisere til foreldre at de ikke er gode nok, men også formidle alvoret i situasjonen og validere opplevelsen av at omsorgsoppgaven er spesielt tyngende. Den samme funksjonen kan en anbefaling om døgninnleggelse ha. I begge tilfeller er intensjonen å sikre helsehjelp ved å styrke omsorgsbetingelsene heller enn å erklære omsorgsgivers utilstrekkelighet. Det kan være helt nødvendig å involvere både barneverntjenesten og den aktuelle døgnenheten for å unngå en forverring av helsetilstand og prognose. Utfordringen er, som presisert over, at sidestilte tiltak i denne situasjonen gjør rollene uklare og øker risikoen for at familien faller mellom to stoler.

I kasuistikken om Oda og mor blir det tydelig at dialogen mellom de ulike tjenestene er viktig for at tjenestene skal kunne spille hverandre og mor gode. Samarbeidet forutsetter en felles oppfatning av hva som ligger til foreldres eksplisitte ansvar og omsorgsoppgaver. Ved en innleggelse på bakgrunn av somatiske parametere kan man lettere argumentere for at tiltakene er fundert i behovet for helsehjelp, mens samme argumentasjon er mer utfordrende ved indikasjoner som «sammenbrudd i omsorgssituasjon» (Helsedirektoratet, 2017). Det må derfor gjøres klart hvem som skal gjøre hva, og hvordan vi her forstår «omsorg». FBT-prinsippene og barnevernfaglige prinsipper trenger ikke stå langt fra hverandre i teorien, men de skal også forenes i praksis.

Et alternativ er å involvere barneverntjenesten på et tidligere tidspunkt. I tilfellet Oda og mor må barnevernet overta omsorgen for å kunne samtykke til tiltaket mor motsetter seg (Barnevernsloven, 2021, § 4-2, 5-1; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-4, 4-5). En slik inngripen kan gi dårlige forutsetninger for en virksom døgnbehandling og dessuten utspille barnevernets rolle som støtte til familien. Skal behandleren komme i posisjon til å støtte mor i å makte det ansvaret FBT fordrer, skjer det neppe ved å fremprovosere et tiltak hun frykter. Ved å etablere en praksis for tidligere involvering og forebyggende samarbeid (Helsedirektoratet & Bufdir, 2015) vil man bedre kunne ivareta mors rolle i behandlingen. En kan også redusere risikoen for at behandleren misligholder meldeplikten i frykt for å miste allianse med familien, eller fordi en i mangel av erfaringer undervurderer barnevernets rolle og kompetanse i situasjonen.

Ved å anerkjenne barnevernet som samarbeidspartner tidligere i forløpet, og å sette ord på og anerkjenne tyngden av ansvaret foreldrene får i FBT, kan man forebygge de mest ekstreme konsekvensene, som brudd i terapeutisk allianse og omsorgsovertakelse. En slik praksis vil ivareta verdier som verdighet og respekt også for omsorgsgivers posisjon i FBT. I henhold til lovverket skal enhver som yter helsehjelp nettopp være oppmerksom på forhold som *kan* føre til tiltak i barneverntjenesten (Helsepersonelloven, 1999, § 33). Å rammes av alvorlig spiseforstyrrelse må i utgangspunktet sies å kunne være et slikt forhold. Dette impliserer at barnevernets mandat og samarbeidet mellom tjenestene i spiseforstyrrelsesfeltet må beskrives bedre enn med en bisetning i Nasjonal faglig retningslinje (Helsedirektoratet, 2017).

Implikasjoner

I klinikk

Analysen viser hvordan SME-modellen kan bidra til å klargjøre etiske dilemma i klinisk praksis og utvide behandlerens handlingsrom. Gjennom systematisk etikkrefleksjon tvinges behandleren til å bli eksplisitt og løfte frem alle relevante perspektiver, også i situasjoner preget av mye kommunikativ støy og affekt. Dette er en fremgangsmåte alle kan følge (I. Miljeteig, personlig kommunikasjon, 30. mai 2023), og det er en konkret måte å gripe an fagetiske problemstillinger på i evidensbasert psykologisk praksis (Psykologforeningen, 1998).

Ved å stille seg de ulike spørsmålene i tur og orden (jmfør trinnvis SME-modell) kan psykologen navigere i kaotiske forløp eller rokke ved fastlåste situasjoner, også der hvor manualen eller retningslinjen mangler gode svar. Analysen tilbyr struktur og retning i møte med både overordnede etiske dilemma og mer lavpraktiske spørsmål som: «Bør vi sende bekymringsmelding nå?», «Bør vi avslutte frivillig behandling?» eller simpelthen «Bør vi avvike fra FBT-manualen?» SME-modellen kan tas i bruk av den enkelte behandler for å sortere i situasjoner eller presisere utfordringer, eller hvis det er et team etablert omkring familien: drøfte og avdekke nye handlingsalternativer (Gjerberg et al., 2020; Lillemoen et al., 2020). Gjennom etikkrefleksjonen tilføres forløpet noe nytt, uten å se bort fra hverken faktiske forhold, lovverk eller andre rammebetingelser for klinisk praksis.

En mulighet er også å bruke sykehusets KEK eller å lage såkalte etikkrefleksjonsgrupper i BUP. De kan bestå av en håndfull deltakere som jevnlig møtes for drøfting etter for eksempel SME-modellen (Gjerberg et al., 2020). Alternativt kan modellen være til inspi-

rasjon for team- og behandlingsmøter eller også tverrfaglige samarbeidsmøter. Selv om det kan være en fordel å ha med en trent etikkveileder (Gjerberg et al., 2020), bør ikke det stå til hinder. Etisk tenkning hører hjemme i klinisk psykologi og er på langt nær så fremmed som det kan kjennes i en travel BUP-hverdag. En praksis som integrerer etisk refleksjon på en systematisk måte, kan bidra til den nødvendige skreddersøm for å gjøre FBT-manualen nyttig i møte med familiens preferanser og den kliniske ekspertise i faget. Det kan utvide forståelsen av behandling av spiseforstyrrelse hos barn og unge, øke kompetansen knyttet til kontraindikasjoner og tilpasning, og bedre samarbeidet mellom involverte aktører.

Systemarbeid

Analysen peker på betydningen av samforståelse hos de involverte partene, også forut for at etiske dilemma utspiller seg. Nasjonal faglig retningslinje beskriver et overlappende mandat mellom psykisk helse og barnevern (Helsedirektoratet, 2017) som forutsetter at begge tjenestene har kunnskap om hverandres arbeid og konseptualisering av omsorg. Handlingsalternativene som er foreslått, impliserer at tjenestene trenger et felles språk for det eksplisitte ansvaret foreldre gis i FBT. Med et felles språk for omsorg for barn og unge med spiseforstyrrelse øker også sannsynligheten for en felles forståelse av hva som skjer ved sammenbrudd i omsorgssituasjonen i disse familiene.

Et tverrsektorielt samarbeid, med etablerte rutiner og strukturer, vil muligens kunne forebygge at foreldres omsorgsevne trekkes i tvil som følge av uoverkommelige oppgaver, og senke terskelen for å styrke omsorgssituasjonen rundt den syke på et tidligere tidspunkt. Lovgivingen pålegger tjenestene å samarbeide (Helsedirektoratet & Bufdir, 2015), men det finnes få eksempler på hvordan det skal utøves i møte med familier rammet av spiseforstyrrelse. Samtidig blir det av analysen tydelig at samarbeid er helt nødvendig. Odas hjelpebehov blir ikke dekket alene ved at det blir sendt en bekymringsmelding til barnevernet, heller ikke om det samtidig anbefales innleggelse. Tvert imot vil spiseforstyrrelsen kunne vokse seg sterkere i et landskap av uenighet og nye sonderinger. Skal samtidige og tverrfaglige tjenester gagne den syke og familien, må disse tjenestene også samhandle.

Ut fra analysen kan en tenke seg at utvidet forståelse og økt bevissthet om felles praksis kan styrke slike samhandlingstiltak. Analysen peker på behovet for mer presis satsing i forebyggende arbeid med spiseforstyrrelser, viktigheten av å avdekke ubrukte ressurser i systemet og å mobilisere BUP-ene i å gi veiledning og

sikre kompetanseoverføring til andre instanser (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 6-3). FBT kan ikke bli en modell som bare spesialisthelsetjenesten skal forpakke, og anbefalingene i Nasjonal faglig retningslinje må gjøres kjent slik at de dilemmaene som følger, kan drøftes med alle involverte.

Konklusjon

Artikkelen peker på etiske utfordringer i dagens behandlingstilbud for barn og unge rammet av spiseforstyrrelse, både knyttet til Nasjonal faglig retningslinjes anbefaling om FBT og hvordan retningslinjen stiller store krav til samforståelse hos helse- og barneverntjeneste. Videre er det anvendt en konkret modell for etisk refleksjon som kan være nyttig i slike behandlingsforløp, og som illustrerer hvordan man kan trekke inn etisk tenkning i evidensbasert psykologisk praksis.

Ved å bruke en modell for upartisk etisk analyse åpner det for nye handlingsalternativer i møte med både kliniske og mer systemfunderede dilemma. Heller enn å forsøke å løse et metodeproblem med en ny metode viser SME-modellen hvordan bevisstgjøring om etikk i praksis kan imøtekomme konkrete utfordringer i arbeid med familier rammet av spiseforstyrrelse.

En konsistent gjennomgang av de fleste relevante aspekter ved et etisk problem vil kunne støtte behandleren i arbeidet med å integrere forsknings-evidens, familiens preferanser og egen klinisk ekspertise. I praksis vil det si å sy sammen en tjeneste som omfatter FBT som velfundert metode, familiens verdier, kultur og preferanser, og den særlige ekspertisen som finnes i hjelpeapparatet. Artikkelens analyse tilsier at en slik tilnærming ikke bare vil kunne gagne det enkelte forløp, men også det tverrsektorielle samarbeidet. ✘

Referanser

- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (u.å.). *Barnevernets historie i Noreg*. Hentet 14. juli 2023 fra <https://www.bufdir.no/barnevern/historie/>
- Barnevernsloven. (2021). *Lov om barnevern (LOV-2021-06-18-97)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/LOV/2021-06-18-97>
- Berg, H. (2020). *Etikk og evidens: Hva er problemet med evidensbasert praksis i psykologi?* Fagbokforlaget.
- Bjørk, R. F. & Neumer, S. (2010). Evidensbasert psykologisk praksis i praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(10), 937–941. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2010/10/evidensbasert-psykologisk-praksis-i-praksis>

- Brunborg, B. (2018). *Vanlige utfordringer for tenåringsforeldre* [Artikkel og informasjonsvideo]. Psykologforeningen. <https://www.psykologforeningen.no/fag-og-politikk/psykisk-helse/livsutfordringer/vanlige-utfordringer-for-tenaringsforeldre>
- Couturier, J., Kimber, M. & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 1–9. <https://doi.org/10.1002/eat.22042>
- Crisp, A. H., Norton, K., Gowers, S., Halek, C., Bowyer, C., Yeldham, D., Levett, G. & Bhat, A. (1991). A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 159, 325–333. <https://doi.org/10.1192/bjp.159.3.325>
- Doyle, P. M., Le Grange, D., Loeb, K., Doyle, A. C. & Crosby, R. D. (2009). Early response to family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 659–662. <https://doi.org/10.1002/eat.20764>
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 104–131. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00303.x>
- Eisler, I., Simic, M., Blessitt, E., Dodge, L. (2016). *Maudsley service manual for Child and Adolescent Eating Disorders*. An Academic Health Sciences Centre of London, King's Health Partners: King's College Hospital & South London and Maudsley. NHS Foundation Trust.
- Forente nasjoner. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter: Vedtatt av De Forente nasjoner 20. november 1989; Ratifisert av Norge 8. januar 1991* (Rev. oms. mars 2003 med tilleggsprotokoller). Barne- og familiedepartementet. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- Forsberg, S. & Lock, J. (2015). Family-based treatment of child and adolescent eating disorders. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24, 617–629. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.02.012>
- Fox, J. R. E., Dean, M. & Whittlesea, A. (2017). The Experience of Caring For or Living with an Individual with an Eating Disorder: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(1), 103–125. <https://doi.org/10.1002/cpp.1984>
- Freizinger, M., Jhe, G., Pluhar, E. & Mancini, L. (2021). Integrating family-based treatment principles in the acute inpatient treatment of adolescents with restrictive eating disorders. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 449–454. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S304921>
- Førde, R. & Pedersen, R. (2015). *Manual for arbeid i klinisk etikk-komiteer i spesialisthelsetjenesten*. Seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.
- Gjerberg, E., Førde, R., Lillemoen, L. & Magelssen, M. (2020). Etikkrefleksjonsgrupper og klinisk etikk-komiteer. I M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen & R. Pedersen (red.), *Etikk i helsetjenesten* (s. 233–242). Gyldendal Akademisk
- Halvorsen, I. & Bergwitz, T. (2019). Spiseforstyrrelser. I Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, *Veileder i BUP: Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri* (4. utg., s. 122–130). <https://www.legeforeningen.no/contentassets/308e31a34fb84ab59b7fe2cd0159c476/bup-med-innholdsfortegnelse-nt010719.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser* [nettdokument]. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Helsedirektoratet & Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2015). *Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste* [rundskriv]. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/samarbeid-mellom-barneverntjenester-og-psykiske-helsetjenester-til-barnets-beste/>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Kawai, K., Yamashita, S., Komaki, G., Shimizu, M., Nakashima, M., Etou, S., Takakura, S., Takii, M., Kubo, C. & Sudo, N. (2014). The outcome of treatment for anorexia nervosa inpatients who required urgent hospitalization. *BioPsychoSocial Medicine*, 8(20), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-8-20>
- Klingenberg, T. (Programleder). (2020, 16. oktober). *Spesial: Når anoreksi flytter inn* [Audiopodcast]. Foreldrerådet. <https://play.acast.com/s/de647d54-d4a9-4ed5-b404-d5e0e1679630/4b4c15ef-34b9-428d-8a32-e99213f70d57>
- Kymlicka, W. (1993). Moral Philosophy and Public Policy: The Case of NRTs. *Bioethics*, 7(1), 1–26.
- Le Grange, D., Accurso, E. C., Lock, J., Agras, S. & Bryson, S. W. (2014). Early Weight Gain Predicts Outcome in Two Treatments for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 47(2), 124–129. <https://doi.org/10.1002/eat.22221>
- Lillemoen, L., Gjerberg, E. & Nortvedt, P. (2020). Refleksjon over klinisk-etiske dilemma. I M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen & R. Pedersen (red.), *Etikk i helsetjenesten* (s. 221–232). Gyldendal Akademisk.
- Lock, J. & Le Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa – a family-based approach* (2. utg.). Guilford Press.
- Miljeteig, I., Johansson, K. A., Sayeed, S. A. & Norheim, O. F. (2010). End-of-life decisions as bedside rationing. An ethical analysis of life support restrictions in an Indian neonatal unit. *Journal of Medical Ethics*, 36(8), 473–478. <http://doi.org/10.1136/jme.2010.035535>
- Miljeteig, I., Skrede, S., Langørgen, J., Haaverstad, R., Jøsendal, O., Sjørusen, H. & Norheim, O. F. (2013). Skal rusmiddelavhengige pasienter tilbys hjerteklaffkirurgi for andre gang? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133, 977–980. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0779>
- Månsson, J., Parling, G. & Swenne, I. (2016). Favorable Effects of Clearly Defined Interventions by Parents at the Start of Treatment of Adolescents with Restrictive Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 49(1), 92–97. <https://doi.org/10.1002/eat.22379>

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Psykologforeningen. (1998). *Etiske retningslinjer for nordiske psykologer. Vedtatt av landsmøtet i Norsk psykologforening 25. november 2022*. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikk/etiske-retningslinjer-for-nordiske-psykologer>
- Psykologforeningen. (2007). *Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis (EBPP). Vedtatt av Sentralstyret i Norsk psykologforening* (Versjon 2.6, 1-4). <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklaering-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>
- Robinson, A. L., Strahan, E., Girz, L., Wilson, A. & Boachie, A. (2012). 'I know I can help you': Parental self-efficacy predicts adolescent outcomes in family-based therapy for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 21, 108–114. <https://doi.org/10.1002/erv.2180>
- Simon, J., Schmidt, U. & Pilling, S. (2005). The health service use and cost of eating disorders. *Psychological Medicine*, 35(11), 1543–1551. <https://doi.org/10.1017/S0033291705004708>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Statens helsetilsyn. (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/cb7c3b282d324f97a07fa8cceb3d454/alvorlige-spiseforstyrrelser-retningslinjer-for-behandling-i-spesialisthelsetjenesten.pdf>
- Torsteinsson, V. W., Berg, F., Etholm, K., Nilsson, M., Svoren, S., Syverstad, A., Torbergsen, T. & Kverne, K. (2021). Intensiv familiebehandling for familier med barn og ungdom med alvorlige spiseforstyrrelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(2), 108–117. <https://psykologtidsskriftet.no/evidensbasert-praksis/2021/02/intensiv-familiebehandling-familier-med-barn-og-ungdom-med-alvorlige>
- World Health Organization. (2015). *Global Health Ethics – Key issues*. Global Network of WHO Collaborating Centres for Bioethics. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164576/9789240694033_eng.pdf?sequence=1

Erfaringer med søvnprogrammet Sov godt

Et veiledet nettbasert program kan være nyttig for helsestasjoner å ta i bruk når barn har søvnvansker.

TEKST Hege Pettersen Sandtrø¹, Turid Skjerve Leksbø¹, Hege Ottesen Haugen², Inger Silje Eidsvåg², Astrid Halle Isfeldt³, Bente Wiborg³, Silje Marie Haga¹, Hege Therese Størksen⁴, Marte Lie Kleppe⁵, Filip Drozd¹

¹ Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør

² Oslohjelpa, Bydel Østsjø

³ Ullern helsestasjon

⁴ VID vitenskapelige høgskole

⁵ Østsjø helsestasjon

KONTAKT hege.sandtro@r-bup.no

OM LAG 20 % av barn i alderen 0–4 år strever med søvn (Hysing et al., 2016; Steinsbekk et al., 2013). Søvnvansker hos barn er forbundet med en rekke fysiologiske, kognitive og emosjonelle utfordringer (Chaput et al., 2017), og det påvirker også foreldrenes søvn og helse (Sadeh et al., 2010). Foreldre kan søke hjelp i primærhelsetjenesten, men mange opplever at de ikke får den hjelpen de trenger (Fisher et al., 2011). Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RBUP) har derfor utviklet Sov godt, et veiledet nettbasert program for søvnvansker hos barn. Sov godt ble høsten 2021 testet ut på åtte familier i helsestasjonstjenesten og psykisk helseteam i to bydeler i Oslo, i samarbeid med RBUP. Målet med denne teksten er å presentere Sov godt og de erfaringer vi har gjort oss under utprøvingen.

BARNES SØNVANSKER OG UTFORDRINGER I TJENESTENE

Søvnvansker defineres som «gjentatte problemer med innsovning, søvnvarighet, konsolidering eller kvalitet, som oppstår til tross for alderstilpasset tid og mulighet for søvn, og resulterer i funksjonssvikt på dagen for barnet og/eller familien». Definisjonen benyttes fra barn er seks måneder gamle (Mindell et al., 2006). Før seksmånedersalderen er søvnutfordringer knyttet til fysiologisk umodenhet og barnets begrensede evne til å regulere seg (Bathory & Tomopoulos, 2017) og skal ikke behandles.

Det er forventet at psykologer og helsesykepleiere som arbeider med barn og familier, skal kunne kartlegge barns søvn, samt gi kunnskap, veiledning og behandling ved søvnvansker. Dessverre er denne tematikken i liten grad dekket i utdanningene, og det er funnet at helsepersonell mangler kunnskap om barn

og søvn (Honaker & Meltzer, 2016; Zhou et al., 2020). Samtidig er det lite støtte å finne i relevante retningslinjer og faglige veiledere når det gjelder hvordan søvnvansker kan forebygges og behandles (Helsedirektoratet, 2014, 2017; Sosial- og helsedirektoratet, 2007). For foreldre finnes det mange ulike informasjonskilder som tilbyr motstridende råd og veiledning om småbarns søvn, noe som kan oppleves forvirrende.

I Sov godt får foreldre, psykologer og helsesykepleiere et verktøy som muliggjør tydelig, trygg og forskningsbasert hjelp. Forskning viser at de mest effektive tiltakene for barns søvnvansker er ekstinksjon (Morgenthaler et al., 2006). Ekstinksjon betyr avlæring av betingede responser ved at for eksempel foreldre i forbindelse med legging holder tilbake belønning og ikke responderer med oppmerksomhet, mat eller liknende. Den betingede responsen vil da gradvis avta, og barnet venner seg til å finne søvnen selv. Foreldre og helsepersonell er etter vår erfaring ofte skeptiske til ekstinksjon fordi det å gi umiddelbar respons til barnet anses som viktig for å etablere en trygg tilknytning.

Denne oppfatningen gjør det vanskelig å hjelpe familiene og øker risikoen for at søvnvansker forblir ubehandlet og vedvarer (Sadeh et al., 2010).

SOV GODT

Sov godt er et veiledet nettbasert program for barn med søvnvansker i alderen seks måneder til tre år til bruk i helsestasjonstjenesten og lavterskelklinikker. Programmet består av to plattformer – en for foreldre og en for helsepersonell. Sistnevnte har oversikt over informasjonen familiene legger inn i programmet, tildeler ulike moduler og gir tilpasset veiledning. Under vår utprøving ble programmet brukt som

et supplement til ordinær behandling. Etter en første innledende kartleggingsamtale hos psykolog eller helsesykepleier fikk familier hvor barnet hadde en definert søvnvanske, tilbud om å delta i programmet.

I programmet gjennomførte foreldrene først en kartleggingsmodul, før de fikk psykoedukasjon, som består av fire moduler (*Søvn hos små barn, Din leggerutine, Barnegråt og Oppmerksomt nærvær*). Disse modulene utførte familien hjemme. Deretter fikk foreldrene velge mellom fire ulike behandlingsmoduler (*Din søvnplan, Din søvnplan med tilstedeværelse, Din søvnplan for samsoving, Nedtrapping av nattamning*) i samråd med psykolog eller helsesykepleier. Avslutningsvis fikk de en modul for forebygging av senere søvnvansker. I ettertid er det også utviklet to nye behandlingsmoduler: *Fastsatte oppvekkinger* og *Utsatt leggetid*.

UTPRØVINGEN

Programmet *Sov godt* ble gjort kjent gjennom sosiale medier, informasjonsmateriell og direkte samtaler på helsestasjonen. Familiene som ønsket det, meldte seg på. Blant familiene som deltok, ble fire fulgt opp av psykolog og fire av helsesykepleier. Før utprøvingen fikk psykologene og helsesykepleierne undervisning om søvn og opplæring i programmet av RBUP. Opplæringen fokuserte på hvordan veilede på nett, velge behandlingsmodul og gi støtte til familien underveis.

Fagpersonene og RBUP hadde et møte i løpet av implementeringen for å evaluere utprøvingen. Under utprøvingen kunne fagpersonene kontakte RBUP hvis de hadde spørsmål eller hadde behov forråd og veiledning.

Psykologene og helsesykepleierne noterte antall kontakter med foreldrene utenom programmet (telefon, SMS eller ekstra konsultasjoner). Det ble registrert to til elleve kontaktpunkter utenom programmet, der tidsbruken per familie varierte fra 0,5 og 8,5 timer. Det var forventet at foreldrene ville bruke cirka seks uker fra oppstart til slutt (to uker med kartlegging og psykoedukasjon, to uker med behandling og to uker med etterregistrering), men tidsbruken varierte mye avhengig av familiens progresjon.

FAGPERSONENES ERFARINGER

Det har vært en betydelig økning i bruk av digital helsehjelp de siste årene. Dette gir mangfoldige hjelpetiltak. Samtidig utfordrer og endrer

teknologien yrkesutøvelsen vår og oppfatningene av hva forebyggende og behandlende helsehjelp er, og hva som er virksomt i hjelpen vi tilbyr (Betin, 2022). I Opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse påpekes det et behov for forskning og utvikling av internettbaserte tjenester (Regjeringen.no, 2019). Det er derfor viktig å innhente de erfaringer helsepersonell får ved å jobbe med digitale programmer, spesielt med tanke på videreutvikling og implementering i tjenestene.

Etter utprøvingen fylte de involverte fagpersonene ut et skjema med åpne spørsmål om styrker, svakheter, muligheter og begrensninger (SWOT) med *Sov godt*, samt en åpen rubrikk for ytterlige kommentarer. Da en sammenliknet besvarelsene til psykologene og helsesykepleierne, fant en at de overordnet sett hadde ganske like erfaringer med *Sov godt* og hvordan det var å jobbe med familiene. Det som skilte erfaringene deres, hadde sammenheng med rollen til fagpersonene og hvilke muligheter de hadde til å jobbe med disse familiene i sin praksis, noe vi vil utdype i det følgende.

Struktur og kvalitetssikring

Sov godt gjorde psykologene og helsesykepleierne oppmerksomme på hvor viktig det var med grundig kartlegging av barnets søvnvansker. Programmet strukturerte og kvalitetssikret arbeidet, noe som gjorde at fagpersonene mente de jobbet mer i tråd med kunnskapsbasert praksis. Programmet bidro til større trygghet og en standardisering av veiledningen, som er en fordel med digitale programmer sammenliknet med ordinær helsehjelp. Ikke minst ga programmet foreldre en trygghet, da de fikk samme kunnskapsgrunnlag som psykolog/helsesykepleier, og det var lettere å enes om forståelsen av søvnproblemet. Dette synes å være spesielt viktig i et fagfelt med mye usikkerhet om hva som er best for barnet. Samtidig erfarte psykologene og helsesykepleierne at de «etablerte sannhetene» rundt barn og søvn er ganske fastlåste, og at foreldrene trengte tid for å akseptere ny kunnskap og nyttiggjøre seg den. Dette kan forstås som at det ofte ikke er noen raske løsninger på barns søvnvansker, selv med digitale verktøy som *Sov godt*.

Individtilpasset søvnbehandling

Den digitale kartleggingen var grundigere enn det psykologer og helsesykepleiere var vant til, »



... helsepersonell mangler kunnskap om barn og søvn



... foreldrene trengte tid for å akseptere ny kunnskap og nyttiggjøre seg den

og kunne være vanskelig å tolke. Samtidig ga alle opplysningene en bedre oversikt over søvnproblemet enn før, og det ble mulig å ha en mer individuell tilnærming. Fagpersonenes erfaringer var at «oppskrifter» sjelden fungerer eller ønskes av foreldrene. Når de kunne tilpasse søvnbehandlingen til hver familie, opplevde foreldrene seg sett og hørt. Konsultasjonene med *Sov godt* ble mer nyttige og effektive siden foreldrene hadde utført kartleggings- og psykoedukasjonsmodulene hjemme. Dermed ble søvnveiledningen mer «to the point».

Allianse

At programmet er veiledet, ga psykologene og helsesykepleierne mulighet til å etablere en allianse med personlig kontakt underveis, ansikt til ansikt. Dette anså begge profesjonene som viktig for å gi nødvendig hjelp og støtte, og det var en klar fordel sammenliknet med heldigitale selvhjelpsprogram. Samtidig vil det å få en allianse til programmet kunne ha en effekt på endringsarbeidet (Betin, 2022). Programmet i seg selv blir en ekstra trygghet og støtte når hjelper ikke er tilgjengelig. Med tanke på at mange foreldre brukte tid på å få til endringer, og at noen hadde behov for mye støtte underveis, må det selv med digitale verktøy jobbes med å opprettholde en god arbeidsallianse med felles forståelse, oppgaver og mål.

Repetisjon og vedlikehold

En klar fordel med *Sov godt* var at programmodulene kunne gjennomgås flere ganger, særlig når noe opplevdes spesielt vanskelig eller nyttig for foreldrene. Søvnplanen var også tilgjengelig gjennom behandlingsforløpet, og familien hadde tilgang til *Sov godt* etter behandling og kunne vedlikeholde endringene og forebygge senere søvnvansker. Dette kan forhindre at søvnvanskene gjenoppstår og skaper et nytt behandlingsbehov, da gjentakende søvnveiledninger er en kjent utfordring i tjenestene.

Tilgjengelighet

Med *Sov godt* hadde foreldrene tilgang til støtte og hjelp døgnet rundt. Samtidig kunne de kommunisere med sin veileder innenfor arbeidstiden. Dette ble sett på som positivt. Imidlertid krevde programmet egen innlogging for å kunne se, svare på og gi beskjeder, noe psykologer og helsesykepleiere opplevde som utfordrende. Fagpersonene skulle ha ønsket at *Sov*

godt var kompatibelt med journalsystemet deres. Videre syntes de det var krevende å planlegge oppfølgingen, da foreldrene hadde ulike behov for hjelp og det var opp til foreldrene å ta kontakt. I en hektisk hverdag var det vanskelig å finne tid til foreldre som trengte mye og rask hjelp. Det gjaldt mest for helsesykepleierne, som syntes å ha mindre fleksibilitet i sin arbeidshverdag. Vanskene med å ha en tett oppfølging av familiene bidro også til at ulike utfordringer ikke ble fanget opp tidlig, spesielt der foreldre var lite endringsklare og av forskjellige grunner ikke gjennomførte søvnplanen som avtalt uten å gi beskjed. Utfordringen med å følge opp familien kan skyldes at det var få som deltok i utprøvingen. Med flere familier til behandling vil det være nødvendig med en mer rutinemessig oppfølging. Erfaringene viste at det uansett er viktig å avtale når og hvordan kontakt mellom foreldre og hjelper skal foregå, samt at psykolog og helsesykepleier har en egen plan for innlogging og sjekk av beskjeder.

Tid

Fagpersonene rapporterte at det var krevende å gi foreldrene nok tid til å være i sin egen prosess og samtidig bli utfordret til å endre søvnvanene. Dessuten tok det tid for foreldrene å fullføre kartleggingen og gå gjennom psykoedukasjonen. Støtte og oppmuntring underveis ble derfor viktig. Variasjonen i tidsbruken for å gjennomføre *Sov godt* kan handle om foreldrenes motivasjon, da de ikke kommer seg videre i programmet før kartleggingen og psykoedukasjonen er utført. Det ble derfor fremhevet som nødvendig å bruke tid på å veilede og motivere foreldre underveis i passende tempo.

Foreldresamarbeid

I *Sov godt* var det kun én av foreldrene som fikk tilgang til programmet. Psykologene og helsesykepleierne ønsket at begge foreldrene hadde tilgang. Det ville ha bedret foreldresamarbeidet rundt barnets søvn, sikret at begge fikk lik kunnskap og dermed en felles forståelse og motivasjon for endring. Det er spesielt viktig dersom foreldrene kjenner på ambivalens og motstand. Fagpersonene etterlyste en større vekt på motivasjon i programmet, siden det er av stor betydning for gjennomføringen av søvnplanen.

Fordeler og ulemper i møte med ulike fagpersoner

Psykologer i førstelinjen og helsesykepleiere har ulike tradisjoner i arbeid med familiene, men begge faggrupper skal primært jobbe forebyggende og vil i søvnfeltet ha overlappende funksjoner. Så å si alle familier følger helsestasjonsprogrammet, og en helsesykepleier skal følge opp barnets utvikling og omsorgssituasjon. Skal helsesykepleier hjelpe en familie med et barn med søvnvansker, må de avdekke dette og gi veiledning i en konsultasjon hvor en rekke andre temaer også skal følges opp. Vårt inntrykk er at søvnvansker hos barn er noe psykologer avdekker i møte med familiene, men sjelden noe familier blir henvist eller selv ber om hjelp for. Psykologen jobber på en annen måte enn helsesykepleiere, der forståelse for familiens helhetlige situasjon får mer plass i konsultasjonen. De er mer prosessorientert og kan trolig gi tematikk knyttet til søvnvansker plass i timene. Tiden de ulike profesjonene har til rådighet, vil derfor påvirke hvordan de jobber med allianse, forstår søvnproblemet og gir veiledning.

En forutsetning for alt endringsarbeid er nettopp at en får etablert en allianse mellom hjelper og foreldre, noe også utprøvingen viste. Vår erfaring er at de ulike profesjonene har ulik kunnskap om betydningen av allianse, om hva den inneholder, og hvordan en skal etablere og vedlikeholde den gjennom veiledningsprosessen. Satt på spissen har helsesykepleier mest erfaring i å gi råd/veiledning om søvn, mens psykologer innehar en spisskompetanse på alliansearbeidet og å få til endring der hvor problemene er sammensatte og komplekse. Et relevant spørsmål er hvem av profesjonene som skal bruke Sov godt når begge har mulighet til å hjelpe samme familie.

Som tidligere nevnt kan foreldrene oppleve at det er krevende å gjennomføre programmet, og de kan vegre seg for å prøve ut eller følge de rådene og tiltakene som programmet legger opp til. Som hjelper kan en kjenne på frustrasjon når foreldre ikke gjør som avtalt eller ønsket. I dette utfordres alliansen, og en risikerer å miste foreldrene på veien. Det fører i sin tur til at barnets søvnvansker ikke avhjelpes, eller at de vedvarer. Psykologer er trent til å håndtere slik motstand. I møte med motstand/ambivalens fra foreldrene vil en psykolog trolig lene seg mer tilbake og rulle med mot-

standen – stoppe opp og utforske. Dette kan ta tid og kreve en terapeutisk tilnærming som er vanskeligere for helsesykepleiere å møte fordi de verken har nok tid eller handlingskompetanse. Dessuten skal en helsesykepleier ha et mer generelt fokus i sine konsultasjoner, mens en psykolog kan konsentrere seg mer om et problem. De ulike faggruppene har med andre ord ulike forutsetninger for å jobbe med alliansen, å møte foreldrenes motstand og å overkomme de utfordringene som kan oppstå i samarbeidet med foreldrene.

Uavhengig av dette er det viktigste for familiene at de møter fagpersoner som jobber i tråd med kunnskapsbasert praksis, og som kan etablere og opprettholde en allianse slik at familiene kjenner seg trygge, ivaretatt og blir i stand til å gjøre endringer. Det er dette Sov godt er ment å hjelpe med.

OPPSUMMERING

Behandling av søvnvansker er rettet mot de faktorene som skaper uro eller hemmer barnets evne til å roe seg selv, da det er en forutsetning for at søvn skal inntre og vedlikeholdes. Fokus er på foreldrene, slik at de etablerer gode rutiner, justerer forventningene sine til barnets søvn eller endrer egne tanker, følelser og adferd som opprettholder søvnvanskene. I dette arbeidet må hjelper ha et familieperspektiv og jobbe med endringer på flere områder. Jo mer komplekse problemene er, jo mer utfordrende blir arbeidet. Vår erfaring etter utprøvingen er at fagpersonen må ha en grundig forståelse av søvnproblemet. Å bruke et veiledet nettbasert tiltak gir ingen rask vei til målet, men det bidrar til grundig kartlegging og gir veiledningen en struktur og kvalitetssikring som øker sjansen for å lykkes med å få barnet til å sove bedre. I tillegg er alliansen mellom foreldre og fagpersoner et kontinuerlig arbeid, som i alle konsultasjoner.

VEIEN VIDERE

Utprøvingen viste at barns søvnvansker er et betydelig strev, og at foreldrene trengte mer tid og tettere oppfølging enn antatt. Samtidig har den ført til konkrete endringer i programmet som kan være til nytte. Blant annet er anbefalingen i programmet nå endret slik at psykologer og helsesykepleiere aktivt skal styre mer av kontakten. Dessuten er kartleggingsmodulen blitt mindre omfattende. Det gjør det lettere for



De ulike faggruppene har [...] ulike forutsetninger for å jobbe med alliansen



foreldre å fylle ut kartleggingen og for fagpersoner å tolke den. Begge foreldrene bør fremover kunne logge seg inn i Sov godt med tanke på de tilbakemeldinger som er gitt rundt foreldremotivasjon. Det er utarbeidet en veileder for tjenesten der det blir løftet frem hvor viktigheten av alliansearbeidet er, og med informasjon om hvordan gi veiledning og hjelp i takt med

foreldrene. Et godt samarbeid mellom psykologer og helsesykepleiere og klare retningslinjer for hvem som skal gjøre hva og når er viktig for at Sov godt skal brukes av begge profesjoner. Programmet er klart for bruk i tjenestene fra høsten 2023 (www.rbup.no/kurs/545020) med en følgeevaluering av programmet og det planlegges en fremtidig effektstudie. ✖

REFERANSER

- Bathory, E. & Tomopoulos, S. (2017). Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47, 29–42. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.12.001>
- Betin, K. (2022). *Trygge digitale terapeuter – en guide til digital psykoterapi*. Gyldendal Akademisk.
- Chaput, J.-P., Gray, C., Poitras, V., Carson, V., Gruber, R., Birken, C., McLean, J. E., Aubert, S., Sampson, M. & Tremblay, M. S. (2017). Systematic review of the relationships between sleep duration and health indicators in the early years (0–4 years). *BMC Public Health*, 17, 91–107. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12889-017-4850-2>
- Fisher, J., Rowe, H., Hiscock, H., Jordan, B., Bayer, J., Colahan, A. & Amery, V. (2011). *Understanding and responding to unsettled infant behaviour*. A discussion paper for the Australian Research Alliance for Children and Youth. https://www.aracy.org.au/publications-resources/command/download_file/id/158/filename/Understanding_and_responding_to_unsettled_infant_behaviour.pdf
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien. Retningslinje for barselomsorgen*.
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*.
- Honaker, S. & Meltzer, L. (2016). Sleep in pediatric primary care: A review of the literature. *Sleep Medicine Reviews*, 25, 31–39. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.01.004>
- Hysing, M., Sivertsen, B., Garthus-Niegel, S. & Eberhard-Gran, M. (2016). Pediatric sleep problems and social-emotional problems. A population-based study. *Infant Behavior and Development*, 42, 111–118. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.12.005>
- Mindell, J., Emslie, G., Blumer, J., Genel, M., Glaze, D., Ivanenko, A., Johnson, K., Rosen, C., Steinberg, F., Roth, T. & Banas, B. (2006). Pharmacologic management of insomnia in children and adolescents: consensus statement. *Pediatrics*, 117, 1223–1232. <https://doi.org/https://doi.org/10.1542/peds.2005-1693>
- Morgenthaler, T. I., Kagramanov, V., Hanak, V. & Decker, P. A. (2006). Complex sleep apnea syndrome: is it a unique clinical syndrome? *Sleep*, 29(9), 1203–1209. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.9.1203>
- Regjeringen.no. (2019). *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)*.
- Sadeh, A., Tikotzky, L. & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 14, 89–96. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.05.003>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*.
- Steinsbekk, S., Berg-Nielsen, T. & Wichstrøm, S. (2013). Sleep Disorders in Preschoolers: Prevalence and Comorbidity with Psychiatric Symptoms. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 34, 633–641. <https://doi.org/http://doi.org/10.1097/01.DBP.0000437636.33306.49>
- Zhou, E., Mazzenga, M., Gordillo, M., Meltzer, L. & Long, K. (2020). Sleep Education and Training among Practicing Clinical Psychologists in the United States and Canada. *Behavioral Sleep Medicine*, 19(6), 744–753. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/15402002.2020.1860990>

Sykefravær og psykiske lidelser

Jobbfokusert behandling for personer med angst og depresjon må skreddersys.

Det antyder resultatene fra doktoravhandlingen til Kenneth Sandin ved NTNU, som hadde som mål å utforske egenskapene ved pasienter med depresjon og angst som gjennomgikk jobbfokusert behandling.

Personer med angst og depresjon har ofte vanskeligheter med å skaffe eller beholde arbeid, er mer utsatt for sykefravær og risikerer å falle utenfor arbeidslivet over lengre tid.

De siste tiårene har man forsøkt å optimalisere behandlingen for disse lidelsene ved å kombinere kliniske tiltak med jobbfokuserte tilnærminger. En utfordring er imidlertid at depresjon, angst og sykefravær arter seg svært forskjellig fra individ til individ. Det krever at vi forstår nyansene i disse fenomenene for å kunne utvikle passende og effektive tiltak.

I sitt arbeid brukte Sandin registerdata fra NAV over to og et halvt år. Analysene avdekket ulike grupper av pasienter med forskjellige sykefraværsløp og kliniske egenskaper. Resultatene indikerer behovet for tilpasset behandling for ulike undergrupper av pasienter for å oppnå bedre behandlingseffekt.

Videre undersøkte Sandin bruken av EQ-5D-spørreskjemaet for å måle generell helsestatus i pasientgruppen. Resultatene antyder sensitivitet for alvorlighetsgraden av depresjon, angst og funksjonshemming, både i form av sykefravær og endringer i helsestatus over tid.

Funnene i avhandlingen angir et behov for individuelt tilpassede behandlingsmetoder og understreker EQ-5D-spørreskjemaets nytte for vurdering av generell helsestatus, sykefravær og behandlingsrespons.

Kilde: NTNU

FOTO: FELICIA ROLF



KENNETH SANDIN

Psychological therapy with work-focus for patients on or at risk of sick leave due to depression and anxiety. Heterogeneity in sick leave and self-reported health

DISPUTAS 7.12.23, NTNU

Skadelig seksuell atferd hos barn

Hva kjennetegner barn som utøver problematisk eller skadelig seksuell atferd?

Det var utgangspunktet for Monica Jensens doktorgradsprosjekt ved Psykologisk fakultet i Bergen. Hun ønsket å kaste lys over en viktig, men ofte oversett problematikk: barn som utøver problematisk eller skadelig seksuell atferd mot andre mindreårige, enten fysisk eller gjennom internett.

Én av fire ungdommer i Norge rapporterer at de har erfart seksuell vold, i all hovedsak fra jevnaldrende. Avhandlingen undersøker kjennetegn hos en gruppe unge gutter som har vært i behandling etter å ha utøvd skadelig seksuell atferd.

To datainnsamlinger ble gjennomført. Den første baserte seg på en gjennomgang av avsluttede pasientjournaler.

Resultatene viser at disse guttene har ulike og sammensatte vansker. Gjennomsnittsalderen for første skadelige seksuelle atferd var 13 år, og de fleste bodde med sin biologiske familie. Videre avdekket forskningen at mange av guttene hadde opplevd vold, overgrep eller omsorgssvikt. I tillegg hadde flere av dem både kognitive og sosiale vansker.

Studien fant ingen signifikante forskjeller mellom guttene som utøvde skadelig seksuell atferd mot vesentlig yngre barn og de som utøvde den mot jevnaldrende. Det var likevel en tendens til at de som rettet den mot yngre barn hadde tidligere erfaringer med vold og omsorgssvikt.

Jensen undersøkte også bruk av den norske versjonen av AIM3 Utredningsmodellen blant fagpersoner basert på data fra en spørreundersøkelse.

Resultatene viser at AIM3-modellen er nyttig, spesielt når den suppleres med en bredere kartlegging av digitale aktiviteter, livshendelser og familiefunksjon.

Kilde: UiB

FOTO: NILS OLAV MEVATNE



MONICA JENSEN

Problematisk og skadelig seksuell atferd blant barn. Begreper, karakteristika og vurdering i norsk kontekst

DISPUTAS 17.11.23, Universitetet i Bergen

Det kroppslig-relasjonelle perspektivet i psykoterapi

Den nonverbale samtalen er sentral i pasientenes opplevelse av terapi, og er et perspektiv som terapeuter kan bruke mer aktivt i behandlingen.

TEKST Siri Klevstrand-Kruse, privatpraksis

KONTAKT kruse.siri@gmail.com

MERKNAD Jon Sletvold har lest gjennom artikkelen og godkjent at han blir navngitt som forfatterens terapeut.

VI LEVER LIVET først og fremst på det kroppslig-relasjonelle nivået, i nær samhandling med andre mennesker. Dette viser seg spesielt tydelig i det ordløse og tette samspillet mellom spedbarn og omsorgsgiver, og på lignende måte i det som foregår i ethvert øyeblikk mellom pasient og terapeut i psykoterapi. Pasienten er svært opptatt av alt som rører seg i møte med terapeuten, ikke bare ordene som blir sagt. Dette innebærer registrering av kroppslige fornemmelser, følelser, ansiktsuttrykk, helkroppslig bevegelse, gester, blikk, tonefall, pust og så videre. I det terapeutiske møtet er oppfattelsen av rommet og tiden terapien foregår over, også viktige aspekter. Ordene som blir sagt, har selvfølgelig stor betydning for pasienten, men jeg mener at de bare har det innenfor den emosjonelle konteksten som skaper den *helhetlige samhandlingen*. Dette er forenlig med et kroppsbasert psykoanalytisk perspektiv, som også utgjør det faglige grunnlaget for min videreutdanning i psykoterapi ved Norsk Karakteranalytisk Institutt. Her har vi som grunnleggende premiss at mennesker ikke taler bare med ord, men med hele kroppen (Reich, 1972/1949; Sletvold, 2014). Jeg vil rette søkelyset mot hvordan dette gjør seg gjeldende i psykoterapi sett fra pasientens ståsted, illustrert med pasientberetninger fra Sergei Pankejeff (Ulvemannen), psykoanalytikeren Harry Guntrip og meg selv.

KROPPSBASERT PSYKOANALYTISK PSYKOTERAPI

Det kroppsbaserte perspektivet skiller seg fra en hovedtendens i psykologien, som har vært å se på samtalen som forgrunnen i det som skjer i psykoterapi, og å bruke ord som utgangspunkt

for terapeutiske intervensjoner. Dette kommer blant annet til uttrykk i at begreper som «samtaletterapi» og «talking cure» blir brukt synonymt med psykoterapi. «Implisitte», ikke-verbale hendelser i situasjonen har i stor grad blitt regnet som bakgrunnsfaktorer som godt kan påvirke fra sidelinjen, men som ikke utgjør en sentral del av terapien (Boston Change Process Study Group [BCPSG], 2010). På den annen side skiller kroppsbasert psykoanalytisk psykoterapi seg fra andre såkalte kroppsorienterte terapier, der terapeuten utfører spesifikke teknikker rettet mot pasientens kropp for å skape psykologisk endring (Sletvold, 2014). Man trenger ikke å gjøre noe spesielt for at kroppen skal være til stede i psykoterapi. Kroppen som helhet (inkludert hodet) er til stede for oss og beveger seg selv hele tiden; den er vårt grunnleggende persepsjonsapparat og basis for vår selvopplevelse (Merleau-Ponty, 1996).

Kroppsbasert erfaring vil ofte være det første og mest framtrepende som melder seg i møtet mellom pasient og terapeut. Vi kan for eksempel få et svært rikt inntrykk av den andre allerede ved første øyekast – der to kropper har møttes, men ingen ord ennå er utvekslet. Med denne teksten vil jeg tale for at den emosjonelle kommunikasjonen mellom pasient og terapeut alltid er «be-kroppet» (fra engelsk *embodied*) og står sentralt i pasientens opplevelse av *hele* terapiforløpet. Denne to-kroppslige «dialogen» bør komme tydeligere i fokus hos terapeuter og brukes som en del av selve terapien.

Boston Change Process Study Group (BCPSG) har argumentert aktivt for sinnets helhetlige grunnlag og implikasjonene det har for endringsprosessen i psykoterapi. Denne

kliniske forskningsgruppen, som bygger på kunnskap fra blant annet relasjonell psykoanalyse, utviklingspsykologi og spedbarnsforskning, definerer sinnet som «måten en levende kropp handler på» og ikke som en isolert, indre mental enhet som er «atskilt fra, skjult bak eller som fører til handlingen» (BCPSG, 2013, s. 740). I samme ånd definerer Jon Sletvold (2014) sinnet som en kontinuerlig, hovedsakelig ubevisst, prosess som består av å føle og sanse hva som skjer kroppslig mens vi samhandler med andre mennesker og verden rundt. Fra et nevrovitenskapelig perspektiv blir det vektlagt at selvopplevelsen er uløselig knyttet til følelser i hele kroppen, og ikke bare hodet og hjernen (Damasio, 1994). Med denne sammensatte forståelsen vil jeg si at psyken vår eksisterer i form av *kroppsbaserte måter å være sammen med andre på*. Disse foregår ofte helt eller delvis utenfor vår bevisste opplevelse, men er likevel relasjonelt tilgjengelige (Jørgensen, 2018). Dette betyr at vi automatisk «viser» andre mye av hvordan vi har det og hva vi har på hjertet, gjennom vårt helkroppslige uttrykk. Det skjer uansett om vi har det bra eller dårlig, om vi står i en hjelperolle overfor andre eller selv trenger hjelp. Psykens helkroppslige grunnlag gjør at den er observerbar fra utsiden (Totten, 1998).

Sett fra pasientperspektivet vil jeg her ved argumentere for at det er mer meningsfylt å forstå psykoterapi som *samværsterapi* enn som samtalerapi og en *emosjonelt kommuniserende kur* enn som en «snakke-kur». Jeg vil ta utgangspunkt i Ulvemannens beretning om terapi hos Freud, Harry Guntrips sammenligning av læreterapi hos Fairbairn og Winnicott og min egen opplevelse av læreterapi hos Jon Sletvold. Målet er ikke å erstatte eller fjerne ord til fordel for kroppslige opplevelser, men å utvide spennet av klinisk oppmerksomhet til å favne hele den kroppslig-relasjonelle kommunikasjonen. Dette kan føre til en betydelig endring av hvordan man tenker om og dermed utøver psykoterapi.

ULVEMANNEN OM TERAPI HOS FREUD

Ulvemannen, eller Sergei Pankejeff, er et av Freuds mest kjente kasus. I Ulvemannens erindringer fra terapien (Gardiner & Freud, 1974) framkommer det at vel så viktig som hva Freud sa med ord, var hvordan hans kroppslige framtoning ble opplevd. Ulvemannen gir her en kroppsbasert beskrivelse av deres første møte, helt uten å nevne ordene som ble sagt:

Freuds utseende ga meg tillit til ham fra første øyeblikk. Han var den gang midt i femtiårene og syntes å være i meget god fysisk form. Av høyde og vekt var han middels. Det temmelig lange ansiktet var omkranset av et kortklipt, allerede grånende skjegg, men det man la mest merke til i dette ansiktet, var øynene. De var mørke og intelligente og så gjennomtrengende på meg, men uten at det fikk meg til å føle meg ille til mote. Hans korrekte og konvensjonelle påkledning og hans enkle, men likevel selvsikre måte å være på, vitnet om både hans hang til orden og om hans indre ro. Hele hans holdning og den måten han lyttet til meg på, fikk ham til å virke slående forskjellig fra de av hans berømte kolleger som jeg til da hadde stiftet bekjentskap med, og hos hvem jeg hadde funnet en slik mangel på dypere psykologisk forståelse. Allerede etter de første møtene med Freud visste jeg at jeg endelig hadde funnet det jeg så lenge hadde lett etter. (Gardiner & Freud, 1974, s. 152–153)

Som pasient plukket Ulvemannen opp avgjørende informasjon om terapeuten basert på det kroppslig-relasjonelle som skjedde i deres første møter. Han var opptatt av Freuds personlige stil, som viste seg gjennom måten Freud oppførte seg på med hele kroppen. Den kroppsbaserte emosjonelle kommunikasjonen ga ham håp om endelig å skulle få den hjelpen han trengte. Jeg tenker at ordene Freud sa, helt sikkert spilte en rolle i å gi Ulvemannen dette positive inntrykket, men de var underordnet den emosjonelle betydningen av Freuds måte å være sammen med ham på. Dette kommer fram ved at den verbale utvekslingen er helt utelatt i hans beskrivelse av situasjonen. Ulvemannen beretter videre om opplevelsen av samværet med Freud gjennom terapien. For ham besto scenarioet av to *hele* personer som møttes i en gjensidig relasjon. De hadde asymmetriske posisjoner, men sto i et felles prosjekt med ukjent ende:

Jeg kan bare si at jeg under analysen med Freud, snarere enn å være pasient, fikk følelsen av å være en yngre medarbeider, den yngre venn av en erfaren oppdagelsesreisende som reiser ut med denne for å utforske ukjent, nylig oppdaget land. Dette landet er underbevissthetens rike, landet som nevrotikeren har mistet kontrollen over. Den forsøker han nå gjennom analysen å få tilbake. (Gardiner & Freud, 1974, s. 155)





... vel så viktig som hva Freud sa med ord, var hvordan hans kroppslige framtoning ble opplevd

En gang hadde Freud fortalt Ulvemannen om opprinnelsen til den «klassiske» psykoanalytiske situasjonen:

Denne «situasjon» går som kjent ut på at pasienten ligger på en divan, mens analytikeren sitter i nærheten i en slik stilling at pasienten ikke kan se ham. Freud fortalte meg at han opprinnelig hadde sittet på den andre siden av divanen slik at han og pasienten kunne se hverandre. En kvinnelig pasient utnyttet denne situasjonen og gjorde alle mulige, eller rettere sagt umulige, forsøk på å forføre ham. For å utelukke noe slikt en gang for alle, flyttet Freud seg fra sin opprinnelige plass og til den motsatte enden av divanen. (Gardiner & Freud, 1974, s. 157)

Utdraget belyser for meg at psykoterapi essensielt er en tokroppssituasjon (Balint, 1952/1985). Kroppenes oppførsel og posisjon i forhold til hverandre i rommet har følelsesmessig betydning og utgjør derfor en forskjell i terapien. Dette vil jeg drøfte nærmere når jeg tar opp Guntrips ulike opplevelser av terapiene hos Fairbairn og Winnicott, og min egen terapi. Mange klinikere er lite bevisst på at de gjør noe kroppslig når de finner plasser til seg selv og pasienten i rommet. Det blir likevel en sentral del av pasientens opplevelse av den terapeutiske situasjonen. Det kan være mye å vinne på å bruke dette aspektet ved situasjonen som en del av selve terapien.

HARRY GUNTRIP OM TERAPI HOS FAIRBAIRN OG WINNICOTT

I artikkelen «Min erfaring med analyse hos Fairbairn og Winnicott: Hvor fullstendig et resultat kan psykoanalytisk terapi gi?» (Guntrip, 1975, egne oversettelser) sammenligner psykoanalytikeren Harry Guntrip sin opplevelse av de to med tanke på eget utbytte av terapiene. Han gikk først i en læreanalyse hos Fairbairn på 1950-tallet, som til sammen utgjorde over 1000 timer. På 1960-tallet gikk han videre i terapi hos Winnicott, drøyt 150 timer. I artikkelen forklarer han hvordan forskjellene i terapeutenes «personlige stil» bidro til at han på mange måter fikk mer ut av terapien hos Winnicott, selv om denne varte vesentlig kortere. Samtidig framhever han at det var den samlede virkningen, og ettervirkningen, av terapiene som fikk innflytelse på hans *livslange* tilfriskningsprosess.

Guntrip hadde oppsøkt Fairbairn som læreanalytiker fordi han identifiserte seg med Fairbairns teoretiske ståsted: at «psykoanalytisk tolkning ikke i seg selv er terapeutisk, men bare når den er uttrykk for en personlig relasjon basert på genuin forståelse» (Guntrip, 1975, s. 145). Det viste seg imidlertid at Fairbairn var langt mer ortodoks og formell i sin kliniske praksis. Guntrip opplevde ham som en «intellektuelt presist tolkende analytiker», mer lik den stilen Fairbairn tok avstand fra i teorien. For Guntrip bidro dette til at timene var preget av en negativ følelse overfor terapeuten. Han gir et eksempel på Fairbairns tolkninger: «Det er noe som forhindrer den aktive prosessen i dens utviklingsbane.» Guntrip selv ville sagt: «Moren din knuste det naturlig aktive selvet ditt» (Guntrip, 1975, s. 148). Guntrips negative erfaringer i terapien kan være uttrykk for et savn etter nettopp de relasjonelle kvalitetene Fairbairn skrev om i tekstene sine.

Mens han opplevde Fairbairn som mer revolusjonerende i teori enn i praksis, opplevde han Winnicott som enda mer banebrytende i praksis enn i teori. Hos sistnevnte fant han en spontan og naturlig måte å relatere seg til ham på som Fairbairn ikke hadde hatt. Guntrip vektlegger at de to terapeutene oppførte seg ulikt med hele kroppen, men også at de hadde innredet og anvendt kontoret sitt svært forskjellig. Til sammen påvirket dette den følelsesmessige opplevelsen hans av terapiene – «oppsettet av selve terapirommet skaper en atmosfære som har mening» (Guntrip, 1975, s. 148). Terapisituasjonen hos Fairbairn ga Guntrip en «påtvunget» følelse:

Fairbairn satt bak et stort skrivebord, «i pomp og prakt» brukte jeg å tenke, i en høyrygget plysj-lenestol. Pasientens divan hadde hodeenden vendt mot forsiden av skrivebordet. Noen ganger tenkte jeg at han kunne komme til å strekke seg over skrivebordet og slå meg i hodet. Det slo meg som merkelig for en analytiker som ikke trodde på «speilanalytiker»-teorien. Først lenge etter skjønnte jeg at jeg hadde «valgt» denne plasseringen på divanen, og at det sto en liten sofa ved siden av skrivebordet hans som jeg kunne sitte i hvis jeg ønsket det, og til slutt gjorde jeg det. (Guntrip, 1975, s. 148)

Situasjonen hos Winnicott ga ham derimot en avslappet følelse:

Terapirommet hans var enkelt, med avslappende farger og møbler, upåfallende, nøye planlagt, fortalte fru Winnicott meg, for å få pasienten til å slappe av. Jeg banket på, gikk inn, og straks kom Winnicott ruslende inn med en kopp te i hånden og sa muntert «hallo», og satte seg på en liten trestol ved siden av divanen. Jeg satt sidelengs på divanen eller la meg ned hvis jeg følte for det, og skiftet posisjon fritt ut fra hvordan jeg følte meg eller hva jeg snakket om. Ved slutten av timen, idet jeg skulle dra, rakte han alltid fram hånden for å gi meg et vennlig håndtrykk. (Guntrip, 1975, s. 149)

Slik som i beretningen til Ulvemannen kommer det fram her at vi snakker med hele kroppen, men også i måten vi organiserer og bruker omgivelsene på. Winnicott viste altså en evne til å være til stede i det faktiske samværet med Guntrip som gjorde at han følte seg sett og ivaretatt i terapien. I tillegg til hva Winnicott gjorde kroppslig, trekker Guntrip fram noen eksempler på hva han sa, som viser dette:

Jeg har ikke noe spesielt å si ennå, men hvis jeg ikke sier noe, så kan det hende du begynner å føle at jeg ikke er her ... Du vet om meg, men jeg er ikke en person for deg ennå. Det kan hende du vil gå herfra med en følelse av å være alene og at jeg ikke er ekte ... Du har kunnskap om å «være aktiv», men ikke om «bare å vokse, bare å puste» mens du sover, uten at du trenger å gjøre noe med det. (Guntrip, 1975, s. 152)

Guntrip utviste sin tendens til overaktivitet ved å snakke svært mye i terapien. Ved én anledning responderte Winnicott anerkjennende: «Du trengte å vite at jeg tålte at du kjørte på med snakkingen din til meg og at jeg ikke ble ødelagt.» Deretter ga han følgende tilbakemelding til Guntrip:

Du har også et godt bryst. Du har alltid hatt evne til å gi mer enn du tar. Jeg er bra for deg, men du er også bra for meg. Analysen din er nesten det mest oppmuntrende som skjer meg. Karen som var her før deg, får meg til å føle at jeg ikke er noe tuss i det hele tatt. Du trenger ikke å være god for meg. Jeg trenger det ikke og kan klare meg uten det, men du er faktisk god for meg. (Guntrip, 1975, s. 152–153)

Det er tydelig at Winnicotts ord var betydningsfulle for Guntrip, men innenfor den emosjo-

nelle konteksten skapt av den helhetlige samhandlingen. Til forskjell fra i timene opplevde han Fairbairn etter timene som «varm og menneskelig» når de snakket sammen om løst og fast, med blikkontakt: «Etter timene diskuterte vi teori og da løsnet han opp, og jeg fant den menneskelige Fairbairn mens vi snakket ansikt til ansikt» (Guntrip, 1975, s. 146). Ved slutten av den siste timen hadde Guntrip blitt oppmerksom på at de aldri hadde tatt hverandre i hånden i løpet av den lange tiden han hadde gått der. Han skjønnte at Fairbairn var i ferd med å la ham gå også fra avslutningstimen uten en slik «vennlig berørende gest». Guntrip tok saken bokstavelig talt i egne hender: «Jeg strakte ut hånden og Fairbairn tok den med én gang, og plutselig så jeg noen tårer trille nedover ansiktet hans. Jeg så det varme hjertet til denne mannen, med et godt sinn og en sjenert natur» (Guntrip, 1975, s. 149). Opplevelsen av denne siden ved Fairbairns måte å være sammen med ham på bidro til at Guntrip, tross det vanskelige, også hadde en positiv erfaring av terapien.

MIN TERAPI HOS JON SLETVOLD

Dette er en situasjon fra tidlig i min terapi der jeg vil si at kropp og relasjon står foran ord:

«Så du kommer hit med livet ditt?» Jon spør med et varmt, alvorlig og åpent kroppslig uttrykk. «Ja», svarer jeg, føler meg varm i kroppen og tatt vare på. Etter en liten stund med stillhet svarer Jon: «Nå er det ikke bare du som er her med tårer i øynene.» Han har et gryende smil og en rolig kropp. Jeg oppdager ikke tårene i Jons øyne før han nevner dem, sannsynligvis fordi hans empatiske og proaktive respons er uventet for meg. Opplevelsen av å ha hatt denne følelsesmessige innvirkningen på Jon, gir meg håp om en ny begynnelse – jeg betyr noe, i alle fall for Jon. Jeg smiler tilbake.

Min terapi hos Jon Sletvold var en læreanalyse, som ledd i den karakteranalytiske utdanningen. Når jeg tar fram min opplevelse av terapien, fornemmer jeg først og fremst et indre bilde av ansiktet og resten av kroppen til Jon, måten han behandlet meg på, og hva jeg kjente i min egen kropp. Kroppslig-relasjonelle forhold utgjør altså forgrunnen i erfaringen. Ordene vi utvekslet, spilte alltid en stor rolle, men innenfor den emosjonelle konteksten i situasjonen. Det var det nære, positive og langvarige *samværet* med Jon som hjalp meg til å få det bedre. Denne opplevelsen fant sted i meg mye på grunn av at han på en proaktiv måte tok kontakt, slik som i eksempelet over. Nesten umiddelbart i terapien ble jeg trygg på å ha funnet en person og en terapeutisk ramme som kunne hjelpe. Jeg skulle få være sammen med Jon to dobbelttimer i uka så lenge jeg hadde behov – det ble totalt 404 timer over 3,5 år.

Jon var intuitiv, oppriktig og allsidig i måtene han uttrykte seg på. Han handlet terapeutisk ved hjelp av hele kroppen, inkludert taleapparatet, på bevisste og ubevisste måter. Han så meg mye inn i øynene og fulgte nøye med på hva jeg gjorde og sa. Ansiktet hans var ofte smilende med et våkent blikk. Han uttrykte seg alvorlig og trøstende når det passet seg. Noen ganger løftet han øyenbrynene og så avventende på meg, eller han senket hodet litt og så ned (bort fra meg). I slike stunder kunne jeg få en følelse av at han var utålmodig og kjedet seg over å være sammen med meg. Jeg kunne imidlertid også oppleve det som at han bare var vennlig avventende til hva jeg hadde å komme med. Han hadde en klar, mørk



Det var det nære, positive og langvarige *samværet* med Jon som hjalp meg til å få det bedre

og nokså kraftig stemme, og gestikulerte ofte med hele kroppen mens han snakket. Ordene han sa, var som regel svært treffende for hvordan jeg hadde det og hva jeg hadde behov for:

«Dette føles som et kjærlighetsforhold for meg», sier jeg. «Ja, det gir veldig mening for meg», svarer Jon. «Du opplever å bli akseptert, tatt vare på, være nær. Det er vel hva kjærlighetsforhold handler om – det er ikke noe poeng i å gjøre det mer komplisert enn som så.» «Jeg er redd for at jeg ikke kommer til å få en annen relasjon som denne», fortsetter jeg. «Det er forståelig», svarer Jon, «fordi du er i denne opplevelsen nå, og du har aldri hatt en slik erfaring i en relasjon før, så det er ikke rart du ikke kan se det for deg sammen med noen annen.» «Men ingen kommer til å bli som deg», sier jeg videre. Jon svarer: «Nei, og ingen kommer til å bli som deg heller. Jeg har aldri hatt og kommer aldri til å få en lignende erfaring.»

Jeg internaliserte Jon som en kropp i min kropp og hadde ham «med meg» i, mellom og på vei til timene:

Jeg er på vei opp yttertrappen til Jon og ser for meg hvordan han kommer til å ta imot meg i dag. Står han klar i gangen, eller er han oppe i andre etasje og kommer ned trappen like etter at jeg kommer inn? Stiller han seg foran meg med armene åpne til siden, bak på ryggen eller i kors? Hvilke klær har han på seg? Har den ene knappen på skjorta, der magen er størst, åpnet seg i dag? Hvordan iakttar han meg, og hva bemerker han ved meg i dag? Virker han glad for å se meg? Ser han opplagt eller sliten ut? Jeg forventer uansett å bli tatt godt imot, for det blir jeg alltid. Jeg kommer til å følge med på alt hva Jon foretar seg gjennom hele møtet.

Vi brukte hele terapisisuasjonen på en måte som var bevisstgjørende for meg. Timene startet allerede ute i gangen ved at vi utforsket hva som skjedde på vei inn i terapirommet. Jon sa at han opplevde det som at jeg inviterte ham til en dans med ulike posisjoner i måten vi beveget oss på. Jeg noterte etter ulike timer:

Jon stoppet, jeg stoppet. Gjorde likt som han selv om jeg hadde tenkt å gjøre noe annet ... Jeg tok initiativ til en klem og til å gå ganske raskt inn i rommet ... Det var godt å komme, smile og se Jon. Jeg så det beveget seg i ansiktet hans.

Jeg flyttet meg rundt i rommet, og han fulgte med på meg. Vi to – et ektepar!

Mitt valg av posisjon i forhold til Jon i «selve» terapisisuasjonen var også en kroppslig begivenhet med følelsesmessig betydning. Vi pleide å sitte med kroppene vendt mot hverandre, som regel jeg i sofaen og han i en stol foran meg. Jeg fikk alltid velge hvilken av to stoler han skulle sitte i, og hvordan jeg selv ville sitte eller ligge. Det at vi likevel som oftest satt overfor hverandre, ga mye rom for blikkontakt, noe som kunne virke terapeutisk i seg selv. Jeg husker spesielt godt en gang da jeg konkluderte: *Måten Jon så på meg på – han måtte like meg.*

Jeg mener at terapien besto i at jeg viste meg for Jon med hele kroppen min, inkludert hodet/hjernen og taleapparatet. Jon på sin side responderte med hele seg, både gjennom ord og andre former for handling. Her er et tydelig eksempel:

«Jeg har lyst til å gråte, bli tatt vare på», sier jeg. Jeg har tårer i øynene og en sart stemme. Kjenner meg ensom og ønsker nærhet. Jon svarer: «Får du lyst til at jeg skulle vært nærmere?» «Ja», svarer jeg. Jon foreslår: «Jeg kan jo komme fem centimeter nærmere?» Jeg nikker, og han flytter seg nærmere og sier: «Jeg får lyst til å holde rundt deg. Det er en naturlig impuls i oss. Det er feil hvis den ikke oppstår.»

Mange av de følelsesmessige problemene mine kom til live på en ekstra sterk måte når jeg var sammen med Jon, i motsetning til når jeg var alene. Han sa at mine problemer dreide seg mye om hvordan det var for meg å være «to kropp sammen». En gang sa han: *Jeg sitter her og puster, og du også, men jeg lurer på om du puster mindre?» Jeg svarte: «Ja, det er som om jeg ikke kan. Jeg har en alarmberedskap som setter inn når den andre 'kommer inn'.*»

Jeg «fortalte» altså om meg selv gjennom hva jeg gjorde og hvordan jeg uttrykte meg. Med dette kommuniserte jeg vel så tydelig hvordan jeg hadde det, som hva jeg klarte gjennom de nokså få ordene som kom ut av munnen min. Til forskjell fra Guntrip har jeg aldri slitt med å snakke for mye, men har snarere vært overdreven forsiktig med å uttrykke meg gjennom ord til andre mennesker, inkludert Jon. Jeg klarte imidlertid alltid å vise ham hvordan jeg hadde det, mer eller mindre bevisst, gjennom mitt helkroppslige uttrykk. Han påpekte en gang:

«Hvis jeg skal være litt mer konfronterende: Hadde jeg ikke visst mer om deg, og bare sett deg i noen av de øyeblikkene der du blir veldig usikker, så ville jeg nok stusset – kan hun klare å være terapeut? Kanskje hun har nok med seg selv?» «Ja, sånn som nå», svarer jeg. Viser til at jeg har uttrykt meg «overdrevent» forsiktig, stotrende og lavmælt. Jon spør: «Har du det ganske fælt når du har det sånn?» «Ja», svarer jeg. Det føles godt å dvelte ved dette smertefulle faktum.

Flere ganger kunne nettopp erfaringen av at jeg ikke snakket, fordi jeg ikke klarte, føre til spontan innsikt. Notat etter en time:

Satt stille i timen uten å si noe. Hva var ubehagelig? Følte på at jeg ikke liker at jeg er så mye alene. Også der og da. Utnyttet ikke situasjonen. Sa til Jon: «Mitt største problem er at jeg holder meg mer for meg selv enn jeg har lyst til – også nå. Borte fra venner, kjæreste og deg nå.»

AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER

Etter min erfaring avhenger psykologisk endring av langvarig innsats, mest av alt fra pasienten selv. Jeg klarte etter hvert å være til stede på nye måter i terapirelasjonen med Jon, og i livet ellers. Men selv om mye endret seg til det bedre, kjente jeg fremdeles på ubehag. I likhet med Guntrip er jeg ikke helt problemfri etter endt læreanalyse, men opplever å fremdeles

være i bedring, noe jeg mener er en langtidseffekt av terapien. Opplevelsene mine kan illustrere hvordan endring i psykoterapi kommer til syne på det lokale samhandlingsnivået, og ofte i små, men viktige steg:

Vi smiler og ser på hverandre. Jon spør: «Hvordan har du det?» «Jeg har det bra», svarer jeg. Jon sier: «Så av og til kan vi ha det bra sammen, du og jeg? Det kan vi vite når jeg også føler det.»

Læreanalysen min hos Jon Sletvold var en kroppsbasert terapi, med en uttalt klinisk oppmerksomhet mot alt som skjedde i og mellom de to kroppene som var til stede. Min egen terapierfaring, sammen med beretningene fra Ulvemannen og Guntrip, illustrerer at *selve samværet* med terapeuten har stor betydning for pasienters utbytte av psykoterapi. Dette gjelder selv om terapien er såkalt samtalebasert. Endringspotensialet i situasjonen er basert på det personlige møtet mellom pasient og terapeut, som består av alle aspekter ved den totale samhandlingen. Pasientperspektivet presentert i denne teksten taler altså for at det *kroppslig-relasjonelle* ikke bare er en bakgrunnsfaktor, men utgjør en sentral del av terapien. Når man tar i betraktning pasienters opplevelse, er det mer meningsfylt å forstå psykoterapi som samværsterapi enn som samtaleterapi, og en emosjonelt kommuniserende kur enn som en «snakke-kur». ✕



Vi brukte hele terapi-situasjonen på en måte som var bevisstgjørende for meg

REFERANSER

- Balint, M. (1985). Changing therapeutical aims and techniques in psycho-analysis. I M. Balint, *Primary love and psycho-analytic technique* (s. 221–235). Marsfield Library. (Opprinnelig utgitt 1952)
- Boston Change Process Study Group (BCPSG). (2010). *Change in psychotherapy. A unifying paradigm*. W. W. Norton & Company.
- Boston Change Process Study Group (BCPSG). (2013). Enactment and the Emergence of New Relational Organization. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 61(4), 727–749. <https://doi.org/10.1177/0003065113496636>
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' Error*. Avon Books.
- Gardiner, M. & Freud, S. (1974). *Ulvemann. Historien om en barnenevrose. Freuds mest berømte tilfelle*. Pax forlag.
- Guntrip, H. (1975). My Experience of Analysis With Fairbairn And Winnicott: How Complete A Result Does Psychoanalytic Therapy Achieve? *International Review of Psycho-Analysis*, 2, 145–156.
- Jørgensen, K. F. (2018). Karakteren – Selvets relasjonelt tilgjengelige og erfaringsnære utside. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 468–477. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2018/06/karakteren>
- Merleau-Ponty, M. (1996). *Phenomenology of perception*. Routledge. (Opprinnelig utgitt 1960)
- Reich, W. (1972) *Character Analysis* (3. utg., V. R. Carfagno, Overs.). Farrar, Straus and Giroux. (Opprinnelig utgitt 1949)
- Sletvold, J. (2014). *The Embodied Analyst – From Freud and Reich to relationality*. Routledge Taylor & Frances.
- Totten, N. (1998). *The water in the glass. Body and mind in psychoanalysis*. Rebus Press.

Intensiv EMDR-terapi for barn og ungdom

En komprimert variant av behandlingen opplevdes fruktbart, men det var behov for individuelle tilpasninger.

TEKST Julie Aspesletten & Marthe Nomerstad, BUP Hamar, Sykehuset Innlandet

KONTAKT marthe.nomerstad@sykehuset-innlandet.no

MERKNAD Ingen oppgitte interessekonflikter

I VÅR HVERDAG som psykologer ved barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) opplever vi at flere blir henvist for utredning og behandling av psykiske lidelser. Nasjonale tall fra Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge peker også mot en økning. Omkring 65 000 pasienter ble behandlet i BUP i 2021, en økning på 14 prosent fra 2020 (Bremnes & Indergård, 2022). Studier finner også en økt forekomst av psykiske plager i det siste tiåret (Bråten et al., 2023; Sundquist, 2021; Ukom, 2022). I 2020 var en av de hyppigste registrerte diagnosene innen BUP posttraumatisk stresslidelse (PTSD), med en forekomst på 6 % (Bremnes & Indergård, 2021). Mange har ventet lenge før de får et behandlingstilbud. I noen tilfeller fører dette til et økt symptomnivå og/eller tilleggsproblematikk. Gitt disse forholdene ved BUP ønsket vi å utforske om en intensiv versjon av Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy (Shapiro, 2001a) kan være til nytte. I det følgende vil vi kort redegjøre for EMDR og en komprimert versjon av denne behandlingsformen. Deretter vil vi beskrive og drøfte to kasehistorier som illustrerer vår erfaring med bruk av intensiv EMDR-behandling i BUP.

OM BEHANDLINGSFORMEN

EMDR er dokumentert som effektiv for å behandle traumer (Adler-Tapia & Settle, 2008; Power et al., 2002; Rodenburg et al., 2009). Opprinnelig gis EMDR over lengre tid og ukent-

lig. Vår erfaring er at dette kan være nyttig for mange. Samtidig kan uforutsette hendelser, for eksempel sykdom hos barn, pårørende og behandlere, gi usammenhengende forløp som strekker seg ut over lengre tid. Hvis barn opplever at de har gått lenge i behandling uten å ha blitt så mye bedre, kan dette påvirke behandlingsmotivasjonen og bidra til at de slutter. De kan miste troen på at det er mulig å få hjelp. Vi mener at flere av disse barna kunne hatt utbytte av mer intensive og komprimerte forløp.

Det siste tiåret har det blitt utviklet og forsket på en komprimert versjon av EMDR. Studier har vist lovende resultater for PTSD hos voksne (Auren et al., 2022; Bongaerts et al., 2017; Greenwald & Camden, 2022; Hurley, 2018; Méndez et al., 2018; Wagenmans et al., 2018). Studier på behandling der komprimert og intensivert EMDR var sentralt, har funnet støtte for symptomlette hos ungdommer med kompleks PTSD og komorbide tilstander (Van Pelt et al., 2021), og hos barn og ungdom mellom 6 og 17 år med lettere psykisk utviklingshemming og PTSD (Ooms-Evers et al., 2021). Selv om det først og fremst er forsket på intensivert EMDR hos voksne, har vi altså noen studier som viser lovende resultater også for barn og unge.

TEORETISK BAKGRUNN OG TILNÆRMING

Francine Shapiro oppdaget og utviklet EMDR som psykoterapeutisk tilnærming og metode i 1987. EMDR bygger på en læringsteori kalt

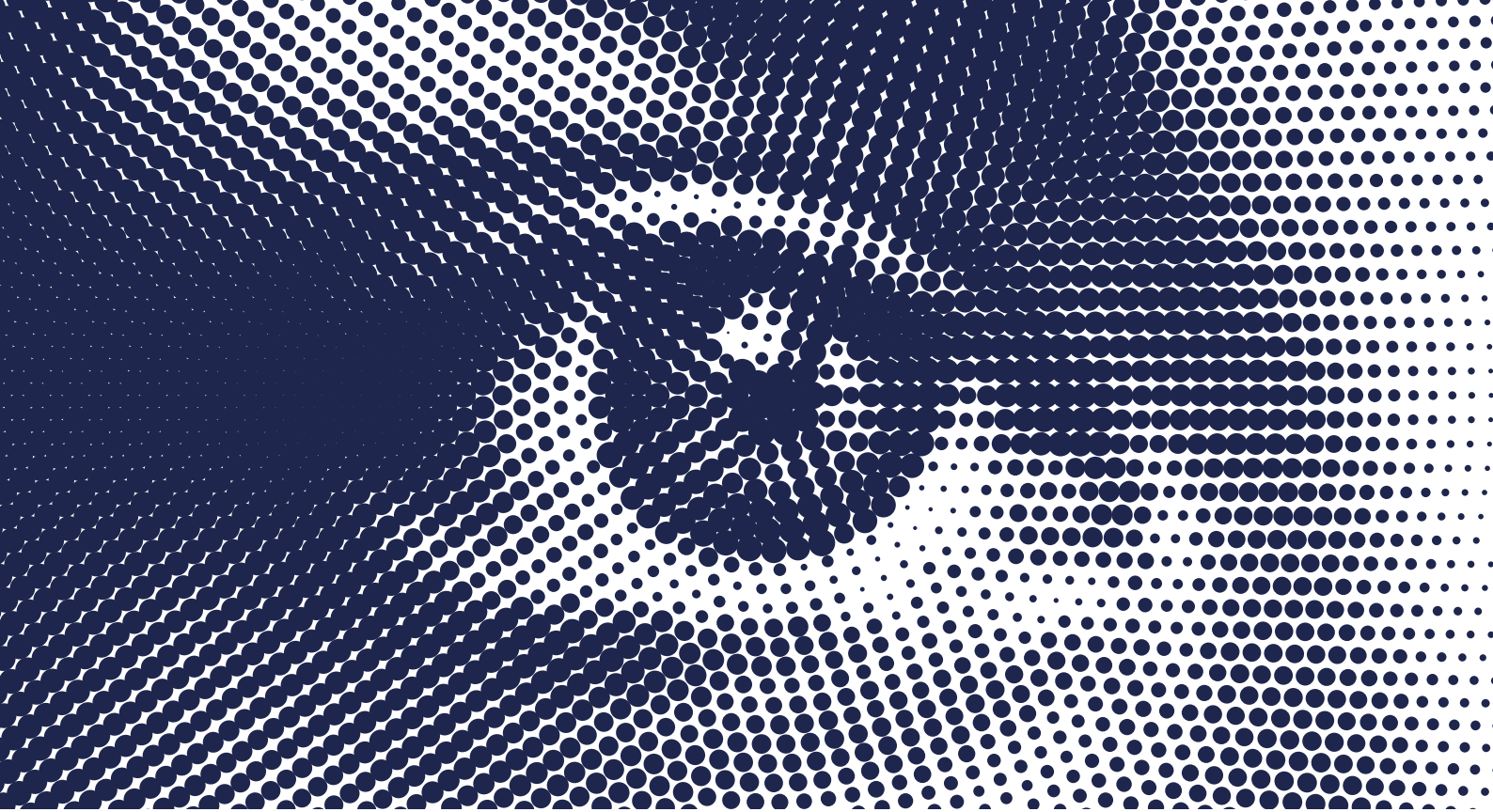


FOTO: KUNDRA SHUTTERSTOCK / NTB SCANPIX

adaptiv informasjonsprosesseringsmodell (AIP; Shapiro, 2001b, 2018). Ifølge modellen har vi et informasjonsprosesseringsystem som integrerer ny erfaring i allerede eksisterende nettverk i hukommelsen (EMDR Europe, 2022). Nettverkene danner grunnlaget for hvordan vi oppfatter verden, holdningene vi har, og atferden vi utøver. Når AIP fungerer optimalt, vil det prosessere og koble nye sensoriske stimuli til informasjonen som allerede er lagret, og slik gjøre nye erfaringer forståelige (Solomon & Shapiro, 2008). Ved høye nivåer av stress, som ved traumatiske opplevelser, kan systemet bli overveldet slik at hendelsene ikke blir prosessert og integrert. Dette vil påvirke individet i nåtid, både med tanke på negative følelser, kognisjoner og opplevelser når eller hvis man blir utsatt for traumepåminnere. Ifølge AIP-modellen blir arbeidet å bearbeide og slik integrere disse minnene (Solomon & Shapiro, 2008).

Bilateral stimulering (BLS) er en sentral komponent i EMDR-behandlingen. Av bilateral stimulering er det primært øyebevegelser som blir brukt (Jefferies & Davis, 2013; Shapiro, 2001a, 2018). Dette innebærer at pasienten skal følge terapeutens fingre fra side til side med blikket, samtidig som hen fokuserer på den vonde opplevelsen som ligger til grunn for traumesymptomene. Blinkende lys, berøring og lyder kan også benyttes. Den bilaterale stimuleringen skal ifølge Shapiro (2001a) øke

tempoet i informasjonsprosesseringsen og aktivere både den høyre og venstre hjernehalvdel. Dette bidrar til mer effektiv bearbeiding av traumeminnet.

Det er flere mulige forklaringer på hvorfor og hvordan bilateral stimulering fremmer reprosesseringsen av traumatiske minner. En hypotese er at bilateral stimulering aktiverer en avslapningsrespons som gjør at reprosesseringsen av de traumatiske minnene kan finne sted (Shapiro, 2001a). En annen årsaksforklaring er at bilateral stimulering setter i gang den naturlige bearbeidelsen av følelser og tanker som vanligvis foregår under REM-søvn (Elofsson et al., 2008). En tredje forklaring er «working memory»-hypotesen. Etersom arbeidsminnet har begrenset kapasitet, kan vi bare være bevisst en liten mengde informasjon om gangen. Det å fokusere på det traumatiske minnet parallelt med bilateral stimulering vil utsette arbeidsminnet for stor belastning. Det traumatiske minnet blir derfor mindre livaktig og emosjonelt, noe som gjør at det kan bearbeides på nytt (Andrade et al., 1997; Maxfield et al., 2008).

INTENSIV VARIANT FOR BARN

Vi har utviklet en komprimert variant av EMDR som kan gjennomføres i et intensivt behandlingsforløp. Dette innebærer en innledende samtale der barnet, med eller uten pårørende, får psykoedukasjon om metoden. Deretter blir »

EMDR-protokollen

1. *Pasientens historie.* Innhente traumeopplysninger og vurderer om EMDR kan brukes. I denne fasen benyttes teknikken «Floatback», der man sporer reaksjonsmønstrer bakover i tid. Da kan man oppdage tidligere hendelser og prototypiske temaer som vil kunne være utgangspunktet for senere repressering/traumebearbeiding.
2. *Forberedelse.* Psykoedukasjon om EMDR som metode og identifikasjon av *trygt sted*: et imaginært eller reelt fristed, hvor barnet eller ungdommen føler seg trygg, rolig og avslappet. Målet er å få tak i en god følelse.
3. *Vurdering og oppsett.* Identifisere det øyeblikket eller den situasjonen fra traumeminnet (Target) som skal bli utgangspunktet for videre repressering. Kartlegge øyeblikkets eller situasjonens negative kognisjon (negativ antagelse om en selv som sammen med Target gir sterkest ubehag), positiv kognisjon (positiv antagelse eller tanke som kunne vært bedre å tenke om seg selv nå), validitet av kognisjon (tester den affektive opplevelsen av sannhet i positiv kognisjon på en skala fra en til sju, der null føles ikke sann i det hele tatt og sju helt sann), og Subjective Units of Disturbance (mål på ubehaget pasienten kjenner nå, eller som oppstår når pasienten tenker på Target). Måles på en skala fra null til ti, der null representerer ikke noe ubehag i det hele tatt, og ti det sterkeste ubehaget pasienten kan tenke seg. Til slutt blir lokalisering av kroppsopplevelse gjennomført (hvor i kroppen ubehaget befinner seg).
4. *Repressering.* Repressering av opplevelsen for å oppnå et adaptivt responsmønster og redusert ubehag. Behandleren assisterer pasienten gjennom bilateral stimulering slik at hen får tilgang til Target og kroppslige opplevelser, tanker og følelser knyttet til dette.
5. *Installering.* Installere positiv kognisjon. Forsterke den positive kognisjonen som ble identifisert i vurdering og oppsett, og koble den ønskede positive kognisjonen til Target.
6. *Body Scan.* Pasienten går tilbake til Target, holder dette i tankene, sier eller tenker positiv kognisjon og skanner kroppen for å kjenne om det er noe resterende ubehag.
7. *Avslutning.* Avslutning av represseringen.
8. *Re-evaluering.* Evaluere om tidligere represserte minner har blitt tilstrekkelig bearbeidet.

barnets traumehistorie, trygt sted og vurdering og oppsett gjennomført (trinn 1, 2 og 3 i tekstboks). Det blir satt opp fem à 90 minutters timer med repressering i løpet av én uke, en oppfølgingsamtale én uke etter avsluttet behandling og en samtale fire uker senere. I det følgende ønsker vi å formidle våre kliniske erfaringer med bruk av denne intensive EMDR-behandlingen for PTSD i BUP. Dette gjør vi ved først å beskrive to anonymiserte kasushistorier, og deretter diskuterer vi våre erfaringer og mulige implikasjoner.

KASUSHISTORIER

«Astrid» – seksuelle overgrep. «Astrid» på 17 år hadde vært fulgt opp ved BUP i flere år i sammenheng med en autismespekterforstyrrelse. Underveis kom det frem at hun over lengre tid hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep av sin tidligere stebror. Hun hadde også symptomer forenlig med en PTSD i form av flashbacks, mareritt og økt aktivering, og hun unngikk steder og personer som kunne minne om overgrepene. I utgangspunktet ønsket ikke Astrid å jobbe med hendelsene. Da hun ble tilbudt traumebehandling i en intensiv form, endret hun mening. Astrid ønsket primært å jobbe med det første overgrepet hun ble utsatt for, som ble et naturlig Target. Den negative kognisjonen knyttet til minnet var «Jeg er utrygg». Det var utfordrende for Astrid å finne en positiv kognisjon, men hun kom frem til «Jeg klarer meg», med en validitet av kognisjonen (VaK) på tre (på skalaen opp til sju). Hun var altså relativt tvilende til denne tanken. Lokalisering av kognisjonen (LoK) var knyttet til både hodet, magen, underlivet og munnen.

I første behandlingstime kom det frem følelser knyttet til traumet og andre ettervirkninger. Astrid hadde mange assosiasjoner og høy følelsesmessig aktivering. I løpet av timen gikk Subjective Units of Disturbance (SUD) ned fra makstallet på ti til åtte. På dag to ble det vurdert at Astrid skulle fortelle sin historie fra start til slutt, samtidig som hun mottok taktil stimulering (tapping i håndflaten). Hun fortalte detaljert om hendelsen, og om hvilke tanker, følelser og kroppslige reaksjoner hun opplevde den gang da. Underveis ble hun tydelig emosjonelt aktivert, og skyldfølelse og fysiske symptomer ble fremtredende.

Grunnet en somatisk undersøkelse ble det et opphold den tredje dagen. På dag fire ble

assosiasjonsrekkene betydelig kortere, men hun beskrev mer fysisk ubehag og viste tegn på dissosiasjon. Underveis i reprosesseringsdukket opp følelser som hadde vært undertrykt over lengre tid. Hun fortalte at hun fikk opp et bilde av overgrepet der hun hadde kjent på både gode og vonde følelser samtidig. Astrid skammet seg over at kroppen hennes hadde «likt» det som hadde blitt gjort mot henne. Terapeuten ga psykoedukasjon om de normale kroppslige reaksjonene som kan oppstå underveis i et overgrep. Astrid beskrev en enorm lettelse over å få denne informasjonen. På dag fem fremstod hun som sliten etter ukens reprosessering, men ønsket å jobbe videre med traumene.

Fire uker etter endt behandling beskrev Astrid betydelig symptomreduksjon, og var fornøyd med gjennomført behandling. Hun rapporterte om mindre søvnvansker, ingen flashbacks, lite ubehag i møte med traumepåminnere og en generelt bedre fungering i hverdagen.

«Julian» – overfalt av guttegjeng. «Julian» var 17 år og bodde på barnevernsinstitusjon. For litt over et år siden ble Julian overfalt og banket opp av tre eldre gutter fra et rusmiljø han tidligere hadde vært en del av. Han mistet bevisstheten og fikk store indre skader. Ledende miljøterapeut beskrev at etter denne hendelsen hadde Julian fremstått som trist, redd og i konstant beredskap. Han isolerte seg fra venner og familie, hadde søvnvansker, virket fraværende, mistet lett fokus og dropet ut av skolen. I utredningen fremkom det at han i lang tid hadde forsøkt å unngå traumepåminnere. For å distansere seg fra vanskelige følelser og redusere angst brukte han i økende grad alkohol og rus. Miljøpersonalet uttrykte bekymring for at han skulle utvikle avhengighet. Ved institusjonen jobbet de derfor mye med stabilisering, der nye måter å håndtere og forstå traumesymptomene på ble viktig. Etter lang tid med stabiliserende tiltak ble Julian vurdert å være klar for selve bearbeidingen av traumet. Ved BUP fikk han tilbud om intensiv EMDR-behandling.

Øyeblikket der Julian hadde blitt sparket hardt og målrettet i magen, ble valgt som Targen. På første dag med reprosessering rapporterte han om smerte, ubehag i brystparti og mage, følelse av hjelpeløshet og indre tomhet. Han ble usikker på om han orket videre

arbeid. Etter å ha blitt betrygget på at dette var normalt, gikk han med på å fortsette med reprosesseringsdukket, men lite dukket opp. Det ble tematisert om Julian forsvarte seg mot å tenke og føle omkring det som hadde skjedd, noe han var enig i. Mot slutten av dag en rapporterte han om noe symptomlette og oppga at ubehaget hadde minsket (SUD hadde gått ned fra ni til sju). På dag to fortalte Julian at han hadde kjent seg svært sliten etter den første timen. Han hadde sovet i 12 timer og vært redd for å oppleve tilsvarende ubehag som under gårsdagens reprosessering. Underveis i timen kom det opp en følelse av skam over at en kompis som var til stede under hendelsen, hadde sett ham forsvarsløs, men også sinne og irritasjon. I løpet av timen gikk SUD ned fra åtte til fem.

Grunnet sykdom hos Julian ble dag tre utsatt med en uke. I denne tredje timen var assosiasjonsrekkene igjen korte og «ingen-ting» kom opp. Det ble på nytt tematisert om dette kunne handle om en form for motstand mot å gå inn i ubehaget/hendelsen, men denne gangen var Julian mer nølende til dette. Etter gjentatt reprosessering uten at noe dukket opp, rapporterte han likevel en reduksjon i SUD fra fem til tre. I oppfølgingssamtalen uken etter ble det vurdert som hensiktsmessig å fortsette med ukentlige timer, da den intensive tilnærmingen ikke hadde oppnådd ønsket effekt.

VÅRE ERFARINGER

Vi har hatt gode erfaringer med et komprimert forløp av EMDR, men ser at det er nødvendig å gjøre noen tilpasninger. Ikke alle barn har kapasitet til å gjennomføre timer på 90 minutter i løpet av fem påfølgende dager med behandling. Astrid rapporterte at hun opplevde behandlingen som utmattende og krevende, men at den somatiske undersøkelsen som avbrøyt behandlingen hjalp henne å mobilisere krefter til videre reprosessering. Andre barn har sagt at de ikke hadde behov for pause. Dette illustrerer viktigheten av en fortløpende vurdering av hvor mye barnet tåler av reprosessering.

En annen mulig fallgrube er at femdagersperspektivet kan føre til en usagt forventning om rask symptomlette. Dette kan gi falske positive resultater: at barnet rapporterer om en større nedgang i symptomer enn det som er realiteten – for ikke å skuffe seg selv, behandler og pårørende. »



Vi har også erfart at en intensivert behandling kan bidra til raskere symptomlette

Samtidig mener vi at det er flere *fordeler* ved et intensivt forløp. Forventningen om rask bedring kan skape en placebo-effekt. Vi har også erfart at en intensivert behandling kan bidra til *raskere* symptomlette og potensielt forebygge utvikling av tilleggsvansker. Det reduserer sannsynligheten for at uforutsette livshendelser opptar verdifull behandlingstid, og i noen tilfeller dropout. Fra behandlerperspektivet er det nyttig at en kan være tettere på, støtte, motivere og vurdere symptomtrykk. Vi har også fått tilbakemeldinger fra pårørende om at det har vært lettere å motivere for behandlingen.

En annen fordel med å intensivere behandlingen er at barna stort sett ikke rekker å bygge opp vegring før neste time. Det gir mindre unnvikelse og uteblivelse fra behandlingen. Dette så vi hos Julian. Første dag i behandlingen opplevde han et stort ubehag og var usikker på om han orket å fortsette. I forkant av dag to var Julian redd for at ubehaget skulle gjenta seg, men kom likevel.

Barn og ungdommer kan ha vansker med å uttrykke hva de tenker og føler, særlig knyttet til vonde og belastende hendelser. En styrke med EMDR-metoden, enten den gis i intensiv form eller med ukentlige timer, er nettopp at traumat kan bearbeides uavhengig av barnets evne til å uttrykke seg verbalt. Vi har også fått tilbakemeldinger på at barn og ungdom har følt seg ivaretatt og opplevd metoden som lite invaderende. Den krever ikke at pasienten nødvendigvis avslører traumat eller det som dukker opp i represseringen, også kjent som «blind to therapist» (Blore et al., 2013).

VIDEREUTVIKLING

Både intensive og ukentlige forløp med EMDR har sine styrker og svakheter. Hvilket format som en skal igangsettes, må vurderes i samarbeid med barnet og eventuelle pårørende, slik at behandlingen blir mest mulig treffsikker med hensyn til barnets behov. Brukermed-

virkning vil også kunne styrke motivasjonen for behandling.

Samlet sett tilsier våre erfaringer at intensive EMDR-forløp for barn og ungdom kan være et godt alternativ til dagens tradisjonelle ukentlige format. Basert på våre kliniske inntrykk ser vi at dette er gjennomførbart når pasienten er tilstrekkelig klar og motivert for behandling, ønsker å motta et intensivt tilbud og møter til oppsatte timer. Utvikling av intensiv EMDR-behandling vil også kunne gi et mer differensiert behandlingstilbud for traumelidelser i BUP. Barn som ikke har (god) nytte av lavfrekvent behandling, vil trolig kunne ha større utbytte av et intensivt tilbud. Praktisk sett blir det enklere å gi et tilbud til familier som bor langt unna poliklinikken. I dag ser vi at disse i mange tilfeller ikke mottar optimal behandling fordi det er vanskelig med oppmøte.

Det er behov for mer forskning på intensiv EMDR hos barn og unge i BUP. Samtidig gir våre erfaringer oss nyttig informasjon om hvordan behandlingsformen kan gjennomføres på en god måte. I en tid der mange poliklinikker fokuserer på at driften skal gå rundt, er det fare for at slike behandlingstilbud ikke blir utprøvd, da det er ressurs- og tidskrevende. Vi mener likevel at BUP-poliklinikker bør prioritere utprøving av intensive EMDR-forløp, ideelt sett parallelt med forskning på virkningsmekanismer, utfall og konsekvenser over lang tid av denne behandlingen. ✘

REFERANSER

- Adler-Tapia, R. & Settle, C. (2008). *EMDR and the art of psychotherapy with children*. Springer Publishing Company.
- Andrade, J., Kavanagh, D. & Baddeley, A. (1997). Eye-movements and visual imagery: A working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36(2), 209–223. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1997.tb01408.x>
- Auren, T.J.B., Klæth, J.R., Jensen, A.G. & Solem, S. (2022). Intensive outpatient treatment for PTSD: an open trial combining prolonged exposure therapy, EMDR, and physical activity. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2). Artikkel 2128048. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2128048>

- Bongaerts, H., Van Minnen, A., de Jongh, A., Minnen, A.V. & Jongh, D. (2017). Intensive EMDR to treat patients with complex posttraumatic stress disorder: A case series. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(2), 84–95. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.11.2.84>
- Blore, D.C., Holmshaw, E.M., Swift, A., Standart, S. & Fish, D.M. (2013) The Development and Uses of the «Blind to Therapist» EMDR Protocol. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(2), 95-105. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.7.2.95>
- Bremnes, R. & Indergård, P.J. (2021). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2020* (Rapport IS-2984). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202020.pdf>
- Bremnes, R. & Indergård, P.J. (2022). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2021* (Rapport IS-3038). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202021.pdf>
- Bråten, R.H., Sten-Gahmberg, S., Bugge, C., Kristiansen, I.S., Gardsjord, E.S. & Sæther, E.M. (2023). Økt bruk av psykiske diagnoser for unge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(4), 208–215. <https://doi.org/10.52734/VHHP4493>
- Elofsson, U.O., von Scheele, B., Theorell, T. & Söndergaard, H.P. (2008). Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 622–634. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.05.012>
- EMDR Europe. (2022). *The Adaptive Information Processing Model (AIP)*. Hentet 30. juni fra <https://emdr-europe.org/about/the-aip-%20model/>
- Greenwald, R. & Camden, A.A. (2022). A pragmatic randomized comparison of intensive EMDR and intensive PC for victims of crime. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001176>
- Hurley, E.C. (2018). Effective treatment of veterans with PTSD: Comparison between intensive daily and weekly EMDR approaches. *Frontiers in Psychology*, 9, Artikkel 1458. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01458>
- Jefferies, F.W. & Davis, P. (2013). What is the role of eye movements in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD)? A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 290–300. <https://doi.org/10.1017/S1352465812000793>
- Maxfield, L., Melnyk, W.T. & Hayman, G.C. (2008). A working memory explanation for the effects of eye movements in EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 247–261. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.4.247>
- Méndez, Z.M., Nijdam, M.J., Ter Heide, F.J.J., van der Aa, N. & Olf, M. (2018). A five-day inpatient EMDR treatment programme for PTSD: pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), Artikkel 1425575. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1425575>
- Ooms-Evers, M., Van der Graaf-Loman, S., van Duijvenbode, N., Mevissen, L. & Didden, R. (2021). Intensive clinical trauma treatment for children and adolescents with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: A pilot study. *Research in Developmental Disabilities*, 117(1), Artikkel 104030. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.104030>
- Power, K.G., McGoldrick, T. & Brown, K. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring, versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9(5), 299–318. <https://doi.org/10.1002/cpp.341>
- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A.M. & Stams, G.J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 599–606. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.008>
- Shapiro, F. (2001a). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing – Basic Principles, Protocols, and Procedures*. Guilford.
- Shapiro, F. (2001b). Trauma and adaptive information-processing: EMDR's dynamic and behavioral interface. I M. Alpert, D. Malan, L. McCullough, R.J. Neborsky, F.
- Shapiro & M. Solomon (Red.), *Short-Term Therapy for Long-Term Change* (s. 112–129). Norton.
- Shapiro, F. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy. Basic Principles, Protocols, and Procedures* (3. utg.). Guilford Press.
- Solomon, R.M. & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model/potential mechanisms of change. *Journal of EMDR practice and Research*, 2(4), 315–325. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.4.315>
- Sundquist, J. (2021, 25. mars). *Stadig yngre barn og unge blir alvorlig psykisk syke under pandemien*. Psykologisk.no. <https://psykologisk.no/2021/03/stadig-yngre-barn-og-unge-bli-alvorlig-psykisk-syke-under-pandemien/>
- Ukom. (2022, 24. mars). *To år med pandemi – status for det psykiske helsetilbudet til barn og unge*. <https://ukom.no/rapporter/to-ar-med-pandemi--status-for-det-psykiske-helsetilbudet-til-barn-og-unge/bakgrunn>
- Van Pelt, Y., Fokkema, P., de Roos, C. & de Jongh, A. (2021). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and EMDR therapy for adolescents suffering from severe post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), Artikkel 1917876. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1917876>
- Wagenmans, A., Van Minnen, A., Sleijpen, M. & De Jongh, A. (2018). The impact of childhood sexual abuse on the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), Artikkel 1430962. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1430962>

TEORETISK ARTIKKELTIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2024 VOL. 61 NR. 1 S. 32-43 DOI: <https://doi.org/10.52734/ERKP8472>

Empatiens mange ansikter: fenomenologisk og positivistisk empati

Magnus H. Blystad¹, Simen Christensen Grøgaard²¹Psykologisk institutt, Oslo Nye Høyskole²Institutt for psykologi, pedagogikk og juss, Høyskolen Kristiania

Sammendrag

Forståelsen av empatibegrepet endres stadig. De mangfoldige oppfatningene - eller empatiens innholdsmessige tvetydighet - kan fanges opp ved å studere tverrfaglige og sjangeroverskridende perspektiver på empati i både offentlige samtaler og akademisk litteratur. Vi ønsker å belyse de mange ulike tilnærmingene til empatien og vil ikke plassere empatibegrepet i en «boks». Vi identifiserer en oppdeling av empatilitteraturen i to hovedkategorier og foreslår to prototypiske erkjennelsesposisjoner som kan beskrive definisjonskampen når det gjelder empatibegrepet, nemlig en *fenomenologisk* og en *positivistisk* tilnærming til empati. Innenfor kategoriene fenomenologisk og positivistisk empati inngår et utvalg av tradisjoner og perspektiver som vi sammenfatter i et nomologisk nettverk. En slik sammenstilling gjør det mulig å dokumentere grunnlaget for empatibegrepet innenfor flere ulike fagtradisjoner.

Nøkkelord: empati, fenomenologi, positivisme, nomologisk nettverk

KONTAKT magnus.
blystad@oslonh.no

MERKNAD

Forfatterne har bidratt like mye til artikkelen. Ingen oppgitte interessekonflikter.

FAGFELLEVDERT

Empati er aktuelt langt utenfor fagområdet utviklingspsykologi. Empatibegrepets popularitet sier kanskje noe grunnleggende om samfunnstilstanden. Empati forstås gjerne som noe mer enn det å bry seg om mennesker og dyr i umiddelbar nød. Bilder av ofre for krig og lidende mennesker på TV-skjermen mobiliserer antagelig betydelige empatiske responser, også hos dem som ikke er direkte involvert i konflikten. Det er kulturelle forventninger om både empatiske holdninger og reaksjoner i en rekke felt i det offentlige ordskiftet. For eksempel vitner brutale terroraksjoner og voldshandlinger ifølge Barack Obama om det han kalte en «empathy deficit» i samfunnet (Honingsbaum, 2013). Obama identifiserer samtidens empatimangel som enda viktigere enn problemet med økende statsgjeld i USA. Men er det grunnlag for å hevde at et sosialt empatiunderskudd er et problem – og er empati i det hele tatt noe positivt? Utviklingspsykologen Paul Bloom (2016) argumenterer i boka *Against Empathy: The Case for Rational Compassion* for at empati ikke bør fungere som moralsk rettesnor. Ifølge Bloom er empatien ytterst selektiv og muligens diskriminerende. Den kan gi opphav til irrasjonelle handlinger og garanterer ikke solidaritet og trivsel. På bakgrunn av dette forfekter Bloom snarere en form for effektiv altruisme (Bloom, 2016). Både i populærkulturen og i fagdebatter assosieres manglende empatiske evner med «mørke» personlighetstrekk som psykopati, og med mer ufarlige narsissistiske trekk (se for eksempel Jonason & Krause, 2013; Jonason & Kroll, 2015). Empatien er gitt en rolle i overlevelsesstrategier og ved sosial tilpasning. Det er nok ikke åpenbart at empati representerer en respons, en handling eller et instinkt. Empati kan også intuitivt forstås som en ferdighet, evne eller disposisjon (Jonason & Kroll, 2015). De mangfoldige anvendelsene av empati er en invitasjon til å studere begrepsinnholdet på tvers av felt – det være seg både på akademiske, populærkulturelle og hverdagslige områder. Ettersom bruken av empatibegrepet stadig sprer seg (se for eksempel Elliot et al., 2018), er det viktig å forsøke å danne seg en nyantert forståelse av den erkjennelsesmessige variasjonen som ligger i empatibegrepet på tvers av felt. Forutsatt at det er et nettverk av ulike forståelser av empati, kan nye forsøk på tverrfaglige og analytiske klassifiseringer være et nyttig tilskudd i empatidebatten.

Innen forskning og filosofi er det vanlig å se til slike nettverksanalyser og oppsummeringer for teoriutvikling. Samtidig finnes det også flere andre typer anvendelser enn teoriutvikling. Når det gjelder empati, kan det være ønskelig at alle involverte har lik forståelse, for eksempel der en person blir forvaringsdømt på bakgrunn av handlinger som viser manglende empati,

slik man kan finne ved antisosial personlighetsforstyrrelse eller psykopati. For den forvaringsdømte kan det være komplisert å endre atferdsmønster eller holdninger hvis man ikke deler forståelsen av sentrale aspekter ved forvaringsdommen. Her kan man se til Baron-Cohen (2012). Individuer som strever med sosial tilpasning, samhandling og kommunikasjon, har ulike nivåer av empati og bevissthet om sin egen grad av empati, noe Baron-Cohen betegner som en empatiseringsmekanisme (Baron-Cohen, 2012). Mens personer med sterke antisosiale personlighetstrekk kan forstå andres emosjonelle tilstander uten å kjenne dem på kroppen – kognitiv empati er intakt, men affektiv empati er fraværende – kan personer med autismespekterlidelser ha evne til affektiv empati uten å forstå disse følelsestilstandene. Ifølge Baron-Cohen er det den affektive empatien som svikter ved hensynsløse handlinger, og ideologiske motiver, for eksempel i forbindelse med terrorhandling, kan sette empatien fullstendig til side.

Et annet eksempel kan være en leder i et helseforetak som informerer en helsefaglig ansatt om pasientklager angående manglende empati: Hva har vedkommende egentlig fått klage på? Enda viktigere: Hvordan skal den ansatte endre atferden sin? En bred forståelse for hva empatibegrepet rommer, kan være en måte å nærme seg løsninger på i disse situasjonene.

Vi ønsker at artikkelen skal bidra til en slik bredere empatiforståelse. Da blir et viktig formål å dokumentere den brede interessen for empatibegrepet på tvers av fagfelt. Empati er av interesse for alle, ikke bare hos presidenter og psykologer. Sommeren 2022 skrev Magnus H. Blystad en populærvitenskapelig artikkel om empati i forskersonen.no (Blystad, 2022). Teksten var basert på en teori hvor empati postuleres som noe en *gjør*, fremfor noe en *har* (Blystad & Hansen, 2022). Dette faglige bidraget skulle bøte på en registrert mangel av litteratur på feltet *atferdsfokuset empati*. Reaksjonen på teksten viste mer enn noe annet at empati engasjerer, og at empatibegrepet kan sies å «eies av alle» (figur 1).

Denne interessen speiles også i publisert forskning, hvor det har vært en økende trend for publikasjon av artikler med «empati» i tittelen. En søk gjort i forskningsdatabasen *Dimensions* den 23 november 2023, viser at antallet slike artikler økte fra 1644 i 2010 til 7487 i 2021. Økningen i empatiforskningen betegnes også av artikler som forsøker å gi en oversikt over tilgjengelige empatidefinisjoner. Cuff et al. (2016) er et eksempel på en slik tilnærming, hvor man har søkt gjennom litteraturen og endt opp med over seksti(!) definisjoner som forfatterne kombinerer til én overordnet definisjon. Hall og Schwartz (2019) har også utført en sammenfatning av forskning på empati og kartlagt hvilke

Figur 1

Engasjerte empati-kommentarer



Merknad. Utvalgte kommentarer som viser engasjementet som empatibegrepet skaper. Skjermdump tatt fra kommentarfelt til forskning.no sin Facebook-post omkring Blystads omtale av en atferdsbasert empati (Forskning.no, 2022).

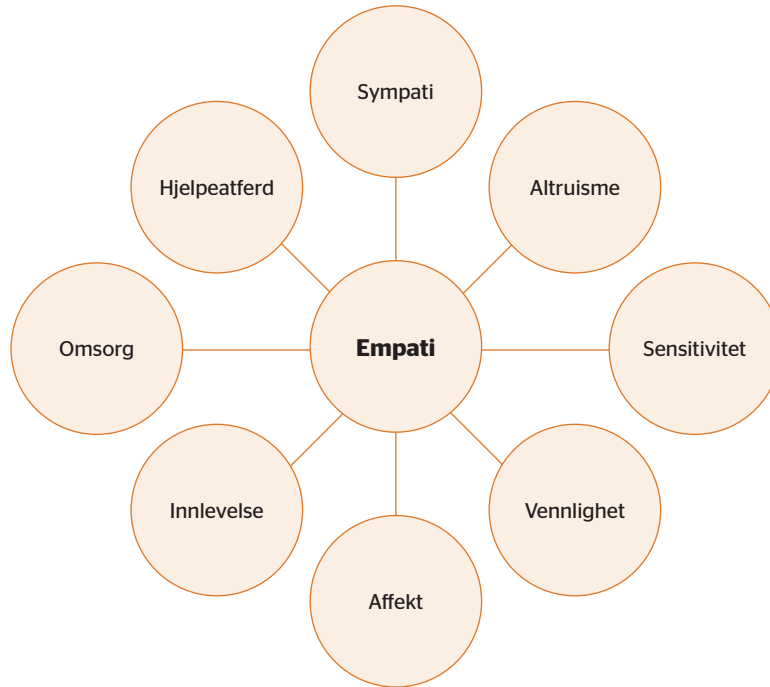
konsepter og hendelser empati vanligvis knyttes til. Konklusjonen deres er relativt hardtslående: «In many cases we see no added theoretical or empirical value in applying the term empathy» (Schwartz & Hall, 2019, s. 225). Nylig publiserte de samme forfatterne enda en artikkel om bruken av empati, hvor selve tittelen illustrerer synet deres på empati som en vitenskapelig term: «Empathy, an important but problematic concept» (Hall & Schwartz, 2022). I et forsøk på å kartlegge forståelse av empati hos folk flest viser det seg at flere konsepter faller inn under den allmenne forståelsen. Det inkluderer begreper på engelsk som «Prosocial Emotional Response», «Interpersonal Perceptiveness», «Other Perspective» og «Anxious Reacti-

vity» (Hall et al., 2021, s. 5). Dessuten er det sterk variasjon i deltagerens vektlegging av konseptene (Hall et al., 2021), noe som speiles i dagligtalen. En forenklet visualisert fremstilling med relaterte og nærliggende ord – «empatiens slektninger» – i det norske språket kan illustrere dette (figur 2).

Forskning på begrepet empati innen psykologifeltet og på hvordan allmennbefolkningen oppfatter det, viser at det er begrenset enighet om innholdet begrepet rommer. Mangelen på enighet er allerede veldokumentert (Cuff et al., 2016; Hall et al., 2021), men det finnes ikke en sammenfatning av empatibegrepets bruksområder og meningsinnhold på tvers av fagfelt. En slik fremstilling vil kunne gi en mer helhetlig over-

Figur 2

Semantisk-assosiativt nettverk for hverdagsempati



Merknad. En samling ord som kan representere et semantisk-assosiativt nettverk for hverdagslige empatirelaterte ord i norsk språk. Oversikten viser et begrenset utvalg ord som kun er plukket ut for å illustrere den mangfoldige bruken av empatibegrepet i dagligtalen.

sikt utover etablert psykologisk forskning og relaterte felt som sosial nevrovitenskap, hvor definisjonsmakten over begrepet nok har stått sterkest. En tverrfaglig sammenfatning åpner også døren for å kunne sammenligne ulike forskningstyper i empatiforskningen. Teksten inkluderer «den fenomenologiske empatien», slik den fremstår i estetiske og hermeneutiske tradisjoner innen humaniora og i de kvalitative tilnærmingene i psykologifaget, og «den positivistiske empatien» i naturvitenskapelig forskning, nærmere bestemt kvantitativt orientert psykologi og sosial nevrovitenskap. Sistnevnte tradisjon betoner nevrale mekanismer (se Iacoboni, 2009) og statistisk kausalitet som utgangspunkt for å kunne kalle et fenomen empati. I motsetning til den fenomenologiske tilnærmingen vil positivistiske tilnæringer til empati utelukke ren introspeksjon, men fortsatt akseptere visse former for selvrappoterer basert på subjektive bedømmelser (jf. psykometriske mål i validerte spørreundersøkelser). Med andre ord ønsker vi her å presentere en *oversikt* over empati på tvers av fagområder, uten at vi vurderer hva som er korrekt bruksområde, eller tar stilling til tradisjonsbasert eierskap til begrepet. Før vi presenterer sammenfatningen, vil vi gå gjennom noen syns-

punkter på empati fra både historie, filosofi, estetikk og naturvitenskapelig forskning.

Bakgrunn og historikk

De etymologiske røttene til begrepet empati kommer fra det greske ordet *εμπάθεια*, eller *empathia* med romerske bokstaver. Opprinnelig brukes *empathia* til å omtale pasjon, fysisk tiltrekning/affekt og relaterte begrep (Liddell & Scott, 1940). Innholdet i empati er også eldre enn ordets innførsel i psykologifaget på starten av 1900-tallet. For eksempel finner vi i Adam Smiths *The Theory of Moral Sentiments* omtale av *fellow-feeling*, som innebærer å forestille seg hvordan andre har det når de lider, og generelt sette seg inn i andres situasjon. Nærmest som i en operaforestilling beskriver Smith at *fellow-feeling*-fenomenet gjelder både for positive og negative følelser: «Our joy for the deliverance of those heroes of tragedy or romance who interest us, is as sincere as our grief for their distress, and our fellow-feeling with their misery is not more real than that with their happiness» (Smith, 1790).

Engelskmannen Edward Titchener har æren for å ha lansert begrepet empati for psykologien på starten

av 1900-tallet (Titchener, 1909). Gitt den moderne tvetydigheten til empatibegrepet bør det fremheves at Titchener selv beskriver hele tre varianter av empati: introspektiv, mellommenneskelig og motorisk. Empati avledes fra ordet «Einfühlungsvermögen», forkortet til det tyske substantivet «Einfühlung» og direkte oversatt til *innføling* på norsk. Begrepet «Einfühlung» ble imidlertid brukt i estetikken tidligere enn hos Titchener i 1909. Blant andre poengterte filosofen Robert Vischer på slutten av 1800-tallet betydningen av empati for estetiske opplevelser (Freedberg & Gallese, 2007). Han brukte «Einfühlung» (*innføling*) som betegnelse på en slags estetisk innlevelse (utover sympati og «empathic concern», se Keen, 2006) eller kunstnerisk simuleringsaktivitet (Koss, 2006). Termen «*innføling*» ble lansert i Vischers doktorgrad med tittelen *On the Optical Sense of Form: A Contribution to Aesthetics* fra 1873 (Koss, 2006, s. 139). Gitt at termen «*innføling*» er hentet og oversatt fra Vischer og på 1800-tallet fremmet av den tyske psykologen og filosofen Theodor Lipps, ble empatien i sin opprinnelse tolket som et estetisk fenomen (Zahavi, 2010). Men selv om empatibegrepet hadde en estetisk orientering, var den ikke eksplisitt knyttet til persepsjon av kunstobjekter (Currie, 2011). Faktisk beskrev Lipps empati som «handlingen å projisere seg selv inn i persepsjonsobjektet» (The Editors of Encyclopaedia Britannica, 2019, egen oversettelse), derav *innføling*:

«According to Lipps's concept of empathy, a person appreciates another person's reaction by a projection of the self into the other. In his *Ästhetik*, 2 vol. (1903–06; «Aesthetics»), he made all appreciation of art dependent upon a similar self-projection into the object» (Britannica, 2023).

Titchener og Lipps hadde et felles holdepunkt i laboratoriet til Wundt. Der hadde Lipps, som tilhørte den fenomenologiske tradisjonen, tidligere også deltatt i over fire år. Som representant for strukturalismen sto forskere som Titchener og Wundt i opposisjon til den amerikansk-dominerte behavioristiske skolen i psykologien (Teigen, 2015). I den strukturalistiske retningen står nemlig bevissthetslivet og introspeksjonen (fenomenologien) sentralt. Men enda tidligere – inspirert av kantiansk tenkning – formulerer Husserl sin transcendentale fenomenologi som «verden slik den fremstår for oss mennesker» (Willig, 2013). Empatiens meningsinnhold vil i denne forståelsen (som hos Lipps) være knyttet til selvet og selvprojeksjonen – eller til speiling av det personlige bevissthetsliv i et erfart materielt objekt. Fra Wundt-studentenes og eksperimentpsykologen Lipps' *Einfühlung* i form av aktør- eller affektinnlevelse i sanseobjektet (estetikk) blir empati i dag heller forstått som et *sosialt* konsept, særlig i populærvitenskapen og blant lekfolk.

Oppsummert kan vi si at gitt begrepets opphav i estetikken er det ikke oppsiktsvekkende at empatien har slått an i vitenskapstradisjoner nært tilknyttet filosofi og kunst. I sitt konseptuelle opphav dreier altså empati seg om sanseerfaring knyttet til introspeksjon. Empati var grunnleggende sett et sansefysiologisk eller persepsjonspsykologisk konsept som åpner for individuelle erfaringer. Titcheners empatiforståelse er derfor å regne som fenomenologisk fordi den vektlegger bevissthetsmotiver, intensjonalitet og individuelle erfaringer i sanseprosessen (herunder introspeksjon). At empatiforståelsen er fenomenologisk, vises også i det at Titchener inkluderer estetisk erfaring som musikkopplevelser i definisjonen av empati. Titcheners fenomenologiske empati står i kontrast til moderne psykologi og relaterte naturvitenskapelige tilnærminger. For mens en positivistisk tolkning av empati er statistisk, nevrobiologisk og evolusjonært forankret, vektlegger en fenomenologisk forståelse (felles) subjektivitet, mellommenneskelig innlevelse og intensjonalitet. Samtidig må det understrekes at psykologifaget med sine tverrfaglige orienteringer og mangfoldige tematiske forgreininger, ikke systematisk kan plasseres i enten en fenomenologisk eller positivistisk bås.

Fenomenologiske tilnærminger til empati

Estetisk empati

Studier av empati har lange tradisjoner innenfor estetikken (Coplan & Goldie, 2011; Currie, 2011; Lopes, 2011; Pinotti & Salgado, 2019; Smith, 2011). Denne hovedgruppen empatiperspektiver aksepterer empati som en ren betraktning. Her må ikke empati begrunnes somatisk (gjennom nevrologiske korrelater) eller statistisk (basert på innsamlet selvrapportert data). Slik sett representerer estetisk empati, med sin fenomenologiske tilnærming, en slags antitese til nevrovitenskapelige metoder og er fenomenologisk i sin natur. Fenomenologi viser til læren om en *livsverden* og søker en forståelse av subjektets ståsted og perspektiv. Kjente foregangspersoner innen denne tradisjonen er filosofene Wilhelm Dilthey, Martin Heidegger, Edmund Husserl og Maurice Merleau-Ponty. At erkjennelsen har sin rot i erfaringen, kan knyttes til filosofen Hegel, som inspirerte en rekke moderne fenomenologer. I en fenomenologisk forståelse kan empati oppfattes som noe ektefølt og iboende i enkeltmennesket. Tradisjonen åpner også eksplisitt opp for estetiske anvendelser av empati. Det kan være innlevelse i komponistens livssituasjon gjennom et musikkverk, eller billedkunstnerens skjebne og motiver gjennom å erfare et maleri. Empatien kan altså aktiveres gjennom innlevelse i et auditivt sanseobjekt som

musikk (Davies, 2011) eller audiovisuelle stimuli som film (Lopes, 2011). Keen (2006) foreslår også litteratur og prosa som kilde til empati. Det åndelige aspektet ved empatien blir også fremhevet i den estetiske empatitradisjonen. I vitenskapsteoretiske termer kan vi si at denne introspektive fenomenologien representerer en antipositivistisk holdning til empatifenomenet.

Innenfor en fenomenologisk tilnærming til empati har subjektiv erfaring forrang, og det er ingen krav om nevrobiologisk og kausal dokumentasjon. Varianter av estetisk empati passer inn i en form for fortolkende fenomenologi (Willig, 2013) preget av intersubjektiv innlevelse (Zahavi, 2012), det vil si en kvalitativ tilnæringsmåte der en leser intensjoner og motiver med utgangspunkt i et førstepersonsperspektiv. Empati vil her knyttes til forestillingsevne, det vil si en innsats eller et anlegg for å visualisere andre menneskers situasjon og opplevelser, herunder gleder og smerter. Dermed kan empatien også paradoksal nok handle om «indirekte fenomenologi», nemlig om å selv tenke hvordan det ville vært å erfare andres lidelse.

Empati innen helsefag og psykoterapi

Den fenomenologiske tilnærmingen kan slik sies å bygge oppunder den «estetiske empatien», men vi finner også tegn til fenomenologien i en mer dynamisk, klientorientert og til og med eksistensialistisk-humanistisk empatianvendelse. Rogers (1975) refererer innledningsvis i et essay til adjektivet «empatisk» som en særegen eller unik måte å være sammen med en annen person på. Her er empatien en *prosess* snarere enn en tilstand. I klinisk-terapeutisk sammenheng har Elliot et al. (2011) basert på metastudier identifisert empati som en moderat sterk prediktor for suksess i psykoterapeutisk behandling. Det viser seg at klientens opplevelse av om terapeuten er empatisk, predikerer terapiutfallet bedre enn terapeuten faglige forståelse av empati. I psykoterapi er empatibegrepet viktig tross manglende konsensus om begrepets innhold (Elliot et al., 2011). Utover det psykoterapeutiske feltet finnes det en rekke anvendelser av begrepet empati. Det gjelder i helsesektoren generelt (Moudatsou et al., 2020) og både historisk og nåværende innen psykoanalytisk tenkning og humanistisk og eksistensiell psykologi (Kaluzeviciute, 2020; Vanhooren, 2022).

Empati til objekter

Kunsten er en inngang til å forstå empatiens psykologi og individets fenomenologiske opplevelse av et objekt, hvor objektet kan stimulere empati. Et interessant spørsmål er om det gir mening å oppleve empati overfor objekter i seg selv (jf. Currie, 2011). I tråd med Adam Smiths tanker om «de imiterende kunstformer»

har kunsten evne til å strekke våre erkjennelseshorisonter (Wight, 2006). Maleriet og kunstverket, for eksempel i form av religiøs ikonografi, har sammen med musikk en enestående kapasitet til å stimulere og aktivere empati – og til å frembringe dyp emosjonell involvering (Clarke et al., 2015; Egermann & McAdams, 2013; Smith, 2011; Vuoskoski et al., 2012; Wight, 2006). Musikken gir kommunikasjonsmuligheter mellom lyttere og et holdpunkt for felles oppmerksomhet som kan skape opplevelser av intimitet («emphatic affordances», se Krueger, 2014), og som muliggjør «social bonding» (Clarke et al., 2015, s. 61). Musikken er ikke bærer av empati per se, men kan tjene den funksjonen å aktivere empati i lytterne. Graden av opplevd empati kan tenkes å være knyttet til kunnskap om musikkens innhold. Samtidig er det ikke nødvendigvis en sammenheng mellom intendert budskapsinnhold i musikkformidlingen og opplevelsen av selve musikken. Tilsvarende resonnement gjør seg gjeldende på flere kunstområder – for ikke å snakke om på dataspill eller idrettsfeltet (Pinotti & Salgado, 2019; Sevdalis & Raab, 2014). Fenomenologisk empati er også relevant i analyser av krysskulturelle forskjeller og toleranse (herunder etnokulturell empati, se Rasoal et al., 2011) og i analyser av hvordan vi bruker musikk (Clayton, 2016; Elliott, 1990). Vel å merke inkluderer faglitteraturen på musikkfeltet også en psykometrisk og nevrovitenskapelig tilnærming til empati (se for eksempel Greenberg et al., 2015, som forsker på implikasjoner av musikk hos individer med autismespekterlidelse).

Estetikk og etikk

Interessen for empati på kunst- og kulturfeltet kan forstås i lys av en filosofi om at involvering i estetiske aktiviteter er etterstrebbesverdig og kultiverende. Med andre ord kan empati tenkes å fremme etisk praksis. Dette synet er representert hos filosofen Martha Nussbaum (Pinotti & Salgado, 2019). Slike former for perspektiver på empati er ikke nødvendigvis fenomenologiske og kan kritiseres for å mangle empirisk holdbarhet og metodologisk stringens. Tilsvarende en slik «etisk» forståelse av empati kan vi identifisere i det som kalles den historiefortellende (narrative) empatien (se f.eks. Keen, 2006).

Tre fenomenologiske empatier

Overordnet foreslår vi en inndeling av fenomenologisk empati i tre kategorier, nemlig en som innbefatter filosofi og lingvistikk, en estetisk (musikalsk, kunstnerisk, osv.) og en kulturbasert variant (se tabell 1 og figur 3). Siden det er flytende overganger mellom kategoriene, kan en argumentere for at det er studiefeltene snarere enn metoden som skiller ulike filosofiske og

estetiske teorier om empati. Vi har ikke gått mye inn i det her, men det er interessant å studere lingvistiske aspekter ved empati fordi det viser hvordan begrepet forstås krysskulturelt. En engelskspråklig kontekst vil naturligvis ikke inkludere alle mulige nyanser av empatiforståelser globalt. Studier av etnokulturell empati er viktig i etnisk heterogene samfunn, både konseptuelt og relasjonelt, men også i terapeutisk kontekst for å fremme kommunikasjon og oppnå større grad av krysskulturell overensstemmelse i terapien eller i forskningen (Rasoal et al., 2011).

Oppsummert finner man de fenomenologiske tilnærmingene til empati i alle tradisjonene som er beskrevet over, særlig i estetikken, men også innen felt som psykoterapi, filosofi og lingvistikk. I estetikken er det ikke nødvendigvis sånn at den fenomenologiske tilnærmingen favoriseres på bekostning av et statistisk-empirisk paradigme.

Positivistisk empati

I positivistiske forståelser av empati er subjektiv erfaring og iakttagelser helt sekundært. Positivismen har sitt opphav i den franske filosofen og matematikeren Auguste Comtes 1800-tallsteorier. Positivismen er og var en sentral filosofisk retning som bygger på naturvitenskapelige idealer, og som vektlegger det objektive og sanselig observerbare. Empatien representerer her noe som objektive kan måles og dokumenteres. En positivistisk forståelse av empati inkluderer evolusjonære forklaringsmodeller og teoritradisjoner. Her blir empati forstått som en funksjonell egenskap som gjør det enklere å navigere i og lese sosiale situasjoner. Empatien knyttes mer til ren overlevelse enn til estetisk nytelse. I nevrovitenskapen er empati en målbar egenskap. Alle psykometrisk tilnærminger til empati faller inn under den positivistiske kategorien. Det er også flere andre tilnærminger som kan forstås som naturvitenskapelige og positivistiske: sosialpsykologi, sosial nevrovitenskap, komparativ psykologi og læringspsykologi. Man kan diskutere om alle disse retningene bør skilles fra hverandre. Det er store individuelle forskjeller blant forskere og andre som jobber innen hvert felt, i hvordan de vurderer og beskriver empati. Vi velger å trekke skiller for å illustrere og fremheve variasjonen innenfor de positivistiske fagtradisjonene. Alle disse retningene har ulike operasjonaliseringer av empatibegrepet og måler empati på ulike måter, det være seg som biologiske korrelater, som skår på en psykometrisk test eller gjennom observasjoner av prososial atferd og emosjonell smitte hos dyr og mennesker.

Empatiens mulige biologiske korrelater

Et eksempel på biologiske nevrone korrelater, i alle fall teoretisk, er *speilnevroner*. Speilnevroner er en type nevroner i hjernen man antar har betydning for bevegelsesmimikk og imitasjon av følelsesmønstre (Cacioppo et al., 2010; Gazzaniga et al., 2008; Heyes, 2010; Molnar-Szakacs & Overy, 2006). Speilnevronsyste- met har blitt koblet til empati, imitasjon og forståelse av andres handlinger (Heyes, 2010; Molnar-Szakacs & Overy, 2006). Empatien er her «objektivt» definert som nevralt aktivitet under imitasjonsatferd i sosiale interaksjoner. Angående speilnevronene er det enda et uavklart premiss som det er verdt å nevne, nemlig om speilnevroner formes av eller er det som former imitasjon og empati. En annen variant av biologiske korrelater er studier basert på funksjonell hjerneavbildning (fMRI), hvor man har kartlagt områder av hjernen som er selektivt aktive når man blir vist emosjonelle stimuli (f.eks. avbildning av smerte hos andre; Lamm et al., 2011).

Psykometri og målbar empati

Innen en positivistisk eller naturvitenskapelig empati finner vi også operasjonaliseringen av empati som psykometrisk målbare konstrukt. Begrepsinndelingen i en kognitiv og affektiv empativariant inngår i denne tradisjonen, som er basert på teorien bak verktøyet «The Empathy Quotient» (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004). Et annet eksempel er den tidligere nevnte psykometriske studien av Hall et al. (2021), der de målte vanlige menneskers forståelse av empati og fant at empati består av fire spesifikke konsepter.

Komparative og sosialpsykologiske studier

Vi finner også eksempler på studier av empati koblet til prososial atferd hos dyr (her omtalt som komparativ psykologi). Prososial atferd vil i dette tilfellet være et uttrykk for empati hos arter som ikke har de kognitive ferdighetene som er nødvendig for selvrporter- ing (Preston & de Waal, 2002). Prososial atferd er da definert som handlinger med formål å tjene andre (Jensen, 2016). Denne atferdstypen er observert i flere forskjellige arter, som maur (Nowbahari et al., 2009), rotter (Bartal et al., 2011) og hunder (Sanford et al., 2018). I de komparative studiene av dyr er dyrenes motivasjon for å hjelpe ukjent, noe som gjør at det er uavklart om det er empati som danner grunnlaget for atferden (Blystad, 2021; Vasconcelos et al., 2012). Allikevel er tilnærmingen å regne som naturvitenskapelig og positivistisk; man anser empati som noe målbart og som kan kvantifiseres i noe grad. Forskere har også funnet en kobling mellom indre empati og ytre observerbar prososial atferd (Eisenberg & Miller, 1987; Williams et al., 2014). Deler av sosialpsykologien, som

også er basert på en målbar og positivistisk tilnærming, tar for seg automatisk overføring av emosjonsuttrykk (emosjonell smitte; Hatfield et al., 1993), altså at man ubevisst preges, med eller uten ansiktsuttrykk, av å se følelser hos andre. En slik smitte av emosjonsuttrykk har man senere funnet lignende varianter av komparative studier hos mus og rotter, hvor gnagere viser mer fryktrespons dersom de får se at andre i samme art blir redde (se f.eks Gonzalez-Liencrez et al., 2014; Han et al., 2020).

Atferdsvitenskapelig empati

En annen positivistisk tilnærming har sitt utspring i atferdsvitenskap eller læringspsykologi. Her er empati en respons på omgivelsene, en atferd som kan

trenes lik andre former for atferd (Argott et al., 2017; Schrandt et al., 2009), og der utviklingen kan beskrives med grunnleggende lærings- og atferdsprinsipper (Blystad & Hansen, 2022). Atferdsvitenskapelige metoder og prinsipper utgjør også en naturvitenskapelig tilnærming gjennom antagelsen om at empati er en målbar atferd eller respons.

Mangfold av bruksområder

Under følger en tabell som oppsummerer et illustrerende utvalg med publikasjoner fra flere av feltene ovenfor (tabell 1). Her vises mangfoldet av bruksområder som begrepet empati har hatt på tvers av vitenskapsfilosofiske ståsteder.

Tabell 1

Empati-definisjoner

Forskningsfelt	Utvalgte publikasjoner	Fellestrekk / sammenfattet definisjon	Eksempel på nøkkelterminologi	Positivistisk/ fenomenologisk
Sosialpsykologi*	Bloom (2016), Hatfield et al. (1993), Matusall (2013), Zaki (2014)	Den forestilte opplevelsen av et annet individs situasjon.	Sosial smitte / sosial kognisjon	Positivistisk og fenomenologisk
Sosial nevroviten-skap	Baron-Cohen (2012), Freedberg & Gallese (2007), Greenberg et al. (2015), Iacoboni (2009, 2011), Zaki & Ochsner (2012)	Et nevrofysiologisk system (speilnevroner) som aktiveres gjennom sosial interaksjon og observasjon. Nevrale stimulus-respons-kjeder.	Speilnevroner/nevro-fysiologi	Positivistisk
Komparativ psykologi	Bartal et al. (2011), Preston & de Waal (2002), Sanford et al. (2018)	Motivasjonen bak observert hjelpeatferd. Empati som en disposisjon som kan aktiveres.	Prososial atferd	Positivistisk
Læringspsykologi/ atferdsvitenskap	Argott et al. (2017), Schrandt et al. (2009)	Empati som en respons på sosiale og emosjonelle stimuli.	Empatiske atferdsresponser	Positivistisk
Filosofi, lingvis-tikk	Keen (2006), Smith (1759), Zahavi (2010)	Empati som en egenskap i individers forestillings- og livsverden eller som fortelling og språklig fremstillingspraksis.	Lidenskap, gjensidighet, performativitet, språkhandlinger, diskurs, narrativ	Fenomenologisk
Estetikk/kunst/ musikk*	Davis (2011), Lipps (1903–1916), Clarke et al. (2015), Lopes (2011), Molnar-Szakacs & Overy (2006), Egermann & McAdams (2013)	Refleksjon av selvet i et sanset (estetisk) objekt. Musikk og andre kunstobjekter kan utgjøre en kilde til intense opplevelser – i form av intersubjektiv eller interestetisk resonans.	Estetisk persepsjon, emosjonell smitte, imitasjon, simulering	Fenomenologisk
Kultur	Allesch (2016), Clarke et al. (2015), Clayton (2015), McGuinness & Overy (2011), Wang (2003)	Empati som kilde til etnokulturell «brobygging», interaksjon og kontakt.	Gjensidig forståelse/ toleranse	Fenomenologisk

Merknad. *Tar i bruk positivistiske metoder, men feltet har ofte en fenomenologisk tilnærming.

Nomologisk nettverk

Kan empati bli tydelig definert, og er det i det hele tatt hensiktsmessig å nå en tverrfaglig konsensus på dette feltet? Vårt forsøk på å sammenfatte på tvers av teori- og forskningstradisjoner fremmer en åpen teoretisk syntese. Syntesen representerer en integrasjon som viser frem ulike observerte erkjennelsessyn overfor fenomenet empati. Det er problematisk å kalle *en* bestemt fagtradisjon for bærer av den «faktiske» eller «autentiske» empatien. En mer pragmatisk og hensiktsmessig tilnærming er å beskrive mangfoldigheten av bruksområder.

Empati fremstår slik som et produkt av *flere* tilnærminger, med respektive eksistensgrunnlag. En mulig fremgangsmåte for å integrere de fenomenologiske og naturvitenskapelige tilnærmingene er å skape et *nomologisk nettverk* (Saad, 2017, 2020). Nettverket gir en oversikt over empatimarkørene i den erfarte virkeligheten. Samtidig bidrar en slik tilnærming til teoretisk begrepsvalidering (Cronbach & Meehl, 1955) som kan danne grunnlag for en «global» database av tilnærminger til fenomenet empati (se Saad, 2020). En fremstilling av disse tilnærmingene i et *nomologisk*

nettverk har til hensikt å illustrere den brede forståelsen av begrepet empati. I tillegg kan en slik fremstilling bidra til å redusere metodologisk nærsynthet (Saad, 2020). Visualiseringen søker ikke å vektlegge noen forskningstradisjoner mer enn andre, men etterstreber en mest mulig nøytral illustrasjon av hvordan empati faktisk forstås.

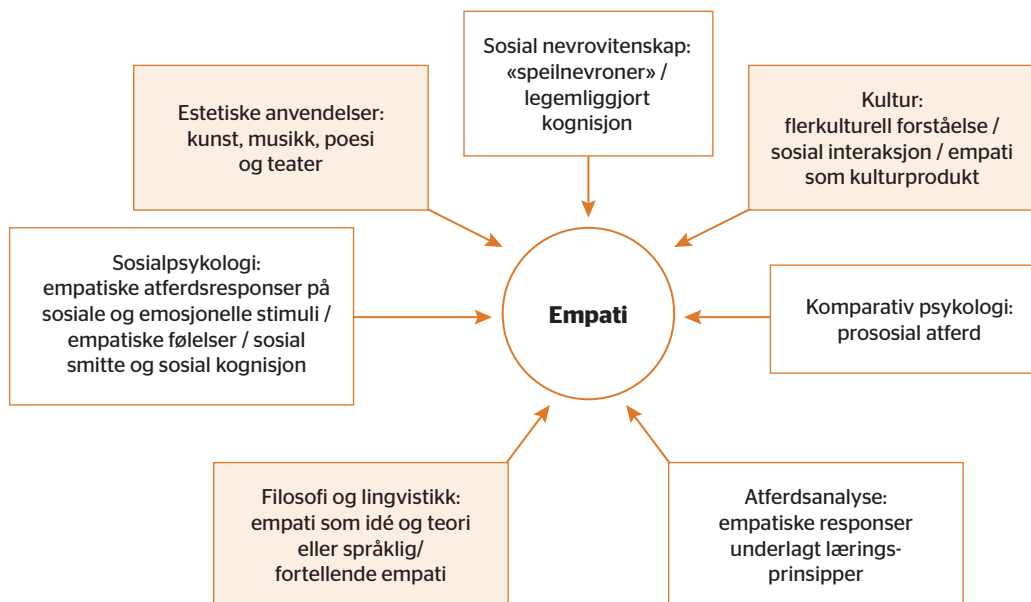
Figur 3 viser nivåer eller lag av evidens for fenomenet empati på tvers av sjangre. Dette representerer altså et bevismateriale og et tverrfaglig vitnesbyrd for at empatifenomen forekommer.

Diskusjon

Basert på det vi har lagt frem her, hevder vi at empatistudier hører hjemme i både de fenomenologiske åndsvitenskapene og i de positivistiske naturvitenskapene. Empati kan forstås både kvalitativt gjennom kartlegginger av individuelle forståelser og idiosynkratiske erfaringer, og ved hjelp av svært standardiserte og kvantitative psykometriske tester. Samtidig har ikke begrepet fått et kanonisert begrepsinnhold basert på tverrfaglig konsensus. Relativt fersk forskning illustrerer dette godt: Hverken hos folk flest (Hall

Figur 3

Nomologisk empati-nettverk



Merknad. Illustrasjon av et foreslått nomologisk nettverk for empati med utgangspunkt i flere faglige perspektiver og bruksområder. Farget bakgrunn indikerer fenomenologisk tilhørighet, hvit bakgrunn representerer naturvitenskapelig tilknytning. Oppstillingen er ikke ment å rendyrke skiller mellom felt, men vise bredden i positivistiske og fenomenologiske tilnærminger.

et al., 2021) eller i forskning (Hall & Schwartz, 2019) er det enighet om hva som ligger i begrepet empati. Termens tverrfaglige appell må ses i lys av den filosofiske og historiske interessen for begrepet. Som vitenskapen selv er også empati tvetydiggjort i dagens ordskifte.

Videre hevder vi at den strenge bås-settingen og noen ganger fikseringen på empati som en «essens», enten den er kognitiv eller affektiv, kan være både kunstig og kontraproduktiv. Som alternativ viser vi til en inndeling i to overordnede paradigmer hvor spørsmålet dreier seg om empatiens innhold og sjangerspesifikke bruk i ulike fagfelt. Vi får her to hovedkategorier av erkjennelsesteoretiske tilnærminger til fenomenet: empati som empirisk markør i den positivistiske grenen versus språkfenomen som indikator på empati i den fenomenologiske orienteringen. Den positivistiske er naturvitenskapelig orientert, og den fenomenologiske kommer fra klassiske humanistiske fag. Med andre ord illustrerer vi et skille mellom en «myk» og kvalitativ versjon av begrepet empati og en «hardere» naturvitenskapelig empirisk målbar definisjon. Vi har ikke spesifikt sett på empati i klinisk praksis (for eksempel hos Heinz Kohut og Carl Rogers). Den kliniske empatien, altså empati i forholdet mellom terapeut og klient, kan dels sammenfalle med den sosialpsykologiske forståelsen og bindes til perspektiver innenfor humanistisk psykologi (jf. Allport, personlighetspsykologiens far).

En svakhet ved en fenomenologisk oppfatning av empati er relativismen som den kan innebære. Det betyr at begrepet brukes i altfor stor utstrekning om fenomener som ligner på empati eller kan tenkes å ha noe med det å gjøre. På en annen side vil en positivistisk forståelse risikere å grense til essensialisme og reduksjonisme: At empati er noe materielt vi ikke kan dokumentere uten nevrofysiologiske korrelater. I et essensialistisk perspektiv blir empatibegrepet nærmest uinteressant hvis en ikke tar høyde for en fysisk og empirisk sporbar forankring. Med andre ord: Mens en betydelig innvending mot en fenomenologisk forståelse av empati er risikoen for en overdrevet romslig beskrivelse preget av «anything goes», kan en positivistisk tilnærming kritiseres for å forsøke å måle noe man egentlig ikke vet hva er (for ytterligere diskusjon, se Pinotti & Salgaro, 2019).

Empatiens mange ansikter

Empatiens varierte meningsinnhold gjør begrepsbruken noe upresis og problematisk gitt at man tar utgangspunkt i fagspesifikke definisjoner. Denne tøyleligheten kan bøtes på ved å analysere hvordan empatibegrepet brukes på tvers av ulike fagfelt. Empatien

kan beskrives som et fenomen med mange ansikter. Hensikten med det nomologiske nettverket i artikkelen blir å dokumentere forekomsten av empati kvalitativt. Henvisninger til empati er meningsbærende og interessante i populærkultur og offentlig ordskifte, i tillegg til å ha en rekke anvendelser og konseptuell relevans i forskningssamfunnet. Derfor er det kanskje kontraproduktivt å monopolisere og konsentrere definisjonsmakten på empati i favør av en bestemt tradisjon – til fordel for en fenomenologisk eller en positivistisk erkjennelsesteori. Rent overordnet er det en rekke nyanser mellom disse to prototypene (positivisme og fenomenologi), og det er naturligvis ikke en streng dikotomi. Et positivistisk erkjennelsesgrunnlag kan anvendes på estetiske felt, og filosofiske tilnærminger kan være aktuelle i kritikk av nevrovitenskapelige funn.

Konklusjon

Første steg for en rimelig kategorisering av empatibegrepet er å anerkjenne plastisiteten i meningsinnholdet. Observasjoner og beskrivelser av empati foreligger i en rekke fagtradisjoner og gjennom empiriske tilnærminger. Vi har vist at empatibegrepet kan ha svært variert meningsinnhold og ulike bruksområder, hvor særlig to paradigmer er fremtredende. Mens en positivistisk tolkning av empati bygger på et statistisk, nevrobiologisk og evolusjonært perspektiv, vektlegger en fenomenologisk forståelse subjektivitet og intensjonalitet. Avslutningsvis kan vi vise til den hverdagslige allmenne empatien. All dagligdags forståelse av empatibegrepet kan hevdes å inngå i en fenomenologisk forståelse av fenomenet ved å være basert på subjektets introspektive erfaring og definisjon av empati. Disse hverdagslige «diskursene» kan også studeres vitenskapelig – både rent filosofisk og ved hjelp av statistiske metoder. ✘

Referanser

- Argott, P. J., Townsend, D. B. & Poulson, C. L. (2017). Acquisition and Generalization of Complex Empathetic Responses Among Children with Autism. *Behavior Analysis Practice*, 10, 107–117. <https://doi.org/10.1007/s40617-016-0171-7>
- Baron-Cohen, S. (2012). *The Science of Evil: On Empathy and the Origins of Cruelty*. Basic Books.
- Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 163–175. <https://doi.org/10.1023/B:JADD.0000022607.19833.00>

- Bartal, I. B.-A., Decety, J. & Mason, P. (2011). Empathy and pro-social behavior in rats. *Science*, 334, 1427–1431. <https://doi.org/10.1126/science.1210789>
- Bloom, P. (2016). *Against Empathy: The Case for Rational Compassion*. Ecco Books.
- Blystad, M. H. (2021). An opinion on the interpretation of social release in rats. *Biology Letters*, 17(11), 20210355. <https://doi.org/10.1098/rsbl.2021.0355>
- Blystad, M. H. & Hansen, S. (2022). Empathy or not empathy, that's the question – A pragmatic behavior analytical approach. *Behavior Analysis: Research and Practice, Advance on*, 22(2), 224–237. <https://doi.org/10.1037/bar0000242>
- Blystad, M. H. (2022). Er empati noe vi har eller noe vi gjør? i *Forskning.no*. <https://www.forskersonen.no/meninger-populaervitenskap-psykologi/er-empati-noe-vi-har-eller-noe-vi-gjor/2062504>
- Cacioppo, J. T., Berntson, G. G. & Decety, J. (2010). Social Neuroscience and its Relationship to Social Psychology. *Social Cognition*, 28(6), 675–685. <https://doi.org/10.1521/soco.2010.28.6.675>
- Clarke, E., DeNora, T. & Vuoskoski, J. (2015). Music, empathy and cultural understanding. *Physics of Life Reviews*, 15, 61–88. <https://doi.org/10.1016/j.plrev.2015.09.001>
- Clayton, M. (2016). The Social and Personal Functions of Music in Cross-Cultural Perspective. I S. Hallam, I. Cross & M. Thaut (Red.), *The Oxford handbook of music psychology* (s. 47–59). Oxford University Press.
- Coplan, A. & Goldie, P. (2011). *Empathy: Philosophical and Psychological Perspectives*. Oxford University Press UK.
- Cronbach, L. J. & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52, 281–302. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/h0040957>
- Cuff, B. M. P., Brown, S. J., Taylor, L. & Howat, D. J. (2016). Empathy: A Review of the Concept. *Emotion Review*, 8(2), 144–153. <https://doi.org/10.1177/1754073914558466>
- Currie, G. (2011). Empathy for Objects. I A. Coplan & P. Goldie (Red.), *Empathy: Philosophical and Psychological Perspectives*. Oxford University Press.
- Davies, S. (2011). Infectious music: Music-listener emotional contagion. I A. Coplan & P. Goldie (Red.), *Empathy: Philosophical and Psychological Perspectives*. Oxford University Press.
- Egermann, H. & McAdams, S. (2013). Empathy and Emotional Contagion as a Link Between Recognized and Felt Emotions in Music Listening. *Music Perception*, 31(2), 139–156. <https://doi.org/10.1525/mp.2013.31.2.139>
- Eisenberg, N. & Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 101(1), 91–119. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.1.91>
- Elliott, D. J. (1990). Music as Culture: Toward a Multicultural Concept of Arts Education. *Journal of Aesthetic Education*, 24(1). <https://doi.org/10.2307/3332862>
- Elliott, 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/10.1037/pst0000175>
- Forskning.no. (2022, August 22). *Hvordan skal psykologer lære bort empati til pasienter som ser ut til å mangle det? Da må vi forstå empati ut fra hva den får oss til å gjøre, ifølge Magnus H. Blystad*. Facebook. <https://www.facebook.com/forskning.no/posts/pfbid023rAqak9uqFVw3y5tSPsV-citjJanYrYMxopUZM9tLjkWZL3NzZ3uMiGg4AQ2wzrJl>
- Freedberg, D. & Gallese, V. (2007). Motion, emotion and empathy in esthetic experience. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(5), 197–203. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2007.02.003>
- Gazzaniga, M., Ivry, R. B. & Mangun, G. R. (2008). *Cognitive neuroscience: The biology of the mind* (3. utg.). W. W. Norton & Company.
- Gonzalez-Liencre, C., Juckel, G., Tas, C., Friebe, A. & Brüne, M. (2014). Emotional contagion in mice: The role of familiarity. *Behavioural Brain Research*, 263, 16–21. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2014.01.020>
- Greenberg, D. M., Rentfrow, P. J. & Baron-Cohen, S. (2015). Can Music Increase Empathy? Interpreting Musical Experience Through the Empathizing–Systemizing (E–S) Theory: Implications for Autism. *Empirical Musicology Review*, 10(1–2), 80. <https://doi.org/10.18061/emr.v10i1-2.4603>
- Hall, J. A. & Schwartz, R. (2019). Empathy present and future. *Journal of Social Psychology*, 159(3), 225–243. <https://doi.org/10.1080/00224545.2018.1477442>
- Hall, J. A. & Schwartz, R. (2022). Empathy, an important but problematic concept. *Journal of Social Psychology*, 162(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/00224545.2021.2004670>
- Hall, J. A., Schwartz, R. & Duong, F. (2021). How do laypeople define empathy? *Journal of Social Psychology*, 161(1), 5–24. <https://doi.org/10.1080/00224545.2020.1796567>
- Han, Y., Sichterman, B., Maria, C., Gazzola, V. & Keysers, C. (2020). Similar levels of emotional contagion in male and female rats. *Scientific Reports*, 10(1), 1–12. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-59680-2>
- Hatfield, E., Cacioppo, J. T. & Rapson, R. L. (1993). Emotional Contagion. *Current Directions in Psychological Science*, 2(3), 96–100. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10770953>
- Heyes, C. (2010). Where do mirror neurons come from? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(4), 575–583. / <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.11.007>
- Honingsbaum, M. (2013, 4. januar). Barack Obama and the 'empathy deficit'. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/science/2013/jan/04/barack-obama-empathy-deficit>
- Iacoboni, M. (2009). Imitation, empathy, and mirror neurons. *Annual Review of Psychology*, 60, 653–670. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163604>
- Jensen, K. (2016). Prosociality. *Current Biology*, 26(16), R748–R752. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2016.07.025>
- Jonason, P. K. & Krause, L. (2013). The emotional deficits associated with the Dark Triad traits: Cognitive empathy, affective empathy, and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 55, 532–537. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.04.027>
- Jonason, P. K. & Kroll, C. H. (2015). A multidimensional view of the relationship between empathy and the dark triad. *Journal of Individual Differences*, 36, 150–156. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000166>

- Kaluzeviciute, G. (2020). The role of empathy in psychoanalytic psychotherapy: A historical exploration. *Cogent Psychology*, 7(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2020.1748792>
- Keen, S. (2006). A Theory of Narrative Empathy. *Narrative*, 14(3), 248–253. <https://doi.org/10.1353/nar.2006.0015>
- Koss, J. (2006). On the Limits of Empathy. *The Art Bulletin*, 88(1), 139–157. <https://doi.org/10.1080/00043079.2006.10786282>
- Krueger, J. (2014). Affordances and the musically extended mind. *Frontiers in Psychology*, 4. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2013.01003>
- Lamm, C., Decety, J. & Singer, T. (2011). Meta-analytic evidence for common and distinct neural networks associated with directly experienced pain and empathy for pain. *NeuroImage*, 54(3), 2492–2502. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.10.014>
- Liddell, H. G. & Scott, R. (1940). *Empatheia*. I A *Greek-English Lexicon* (1. utg.). Clarendon Press.
- Lopes, D. M. (2011). An Empathic Eye. I A. Coplan & P. Goldie (Red.), *Empathy. Philosophical and Psychological Perspectives*. Oxford University Press.
- Molnar-Szakacs, I. & Overy, K. (2006). Music and mirror neurons: from motion to ‘e’motion. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 1(3), 235–241. <https://doi.org/10.1093/scan/nsl029>
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A. & Koukoulis, S. (2020). The role of empathy in health and social care professionals. *Healthcare*, 8(1), 26. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>
- Nowbahari, E., Scohier, A., Durand, J.-L. & Hollis, K. L. (2009). Ants, Cataglyphis cursor, Use Precisely Directed Rescue Behavior to Free Entrapped Relatives. *PLoS ONE*, 4(8), e6573. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0006573>
- Pinotti, A. & Salgado, M. (2019). Empathy or Empathies? Uncertainties in the Interdisciplinary Discussion. *Gestalt Theory*, 41(2), 141–158. <https://doi.org/10.2478/gth-2019-0015>
- Preston, S. D. & de Waal, F. B. M. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*, 25, 1–20. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0140525X02000018>
- Rasoal, C., Eklund, J. & Hansen, E. M. (2011). Toward a conceptualization of ethnocultural empathy. *Journal of Social, Evolutionary, and Cultural Psychology*, 5, 1–13. <https://doi.org/10.1037/h0099278>
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2–10. <https://doi.org/10.1177/001100007500500202>
- Saad, G. (2017). On the method of evolutionary psychology and its applicability to consumer research. *Journal of Marketing Research*, 54(3), 464–477. <https://doi.org/10.1509/jmr.14.0645>
- Saad, G. (2020). The Epistemology of Evolutionary Psychology Offers a Rapprochement to Cultural Psychology. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579578>
- Sanford, E. M., Burt, E. R. & Meyers-Manor, J. E. (2018). Timmy’s in the well: Empathy and prosocial helping in dogs. *Learning & Behavior*, 46, 374–386. <https://doi.org/10.3758/s13420-018-0332-3>
- Schrandt, J. A., Townsend, D. B. & Poulson, C. L. (2009). Teaching empathy skills to children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42(1), 17–32. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1901/jaba.2009.42-17>
- Sevdalis, V. & Raab, M. (2014). Empathy in sports, exercise, and the performing arts. *Psychology of Sport and Exercise*, 15(2), 173–179. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2013.10.013>
- Smith, A. (1790). *The Theory of Moral Sentiments* (6. utg.). MetaLibri. https://www.ibiblio.org/ml/libri/s/SmithA_MoralSentiments_p.pdf
- Smith, M. (2011). Empathy, Expansionism, and the Extended Mind. I A. Coplan & P. Goldie (Red.), *Empathy: Philosophical and Psychological Perspectives*. Oxford University Press.
- Teigen, K. H. (2015). *En psykologihistorie* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- The Editors of Encyclopaedia Britannica. (2019, July 12). *Empathy*. Encyclopedia Britannica. <https://www.britannica.com/science/empathy>
- The Editors of Encyclopaedia Britannica (2023, October 13). *Theodor Lipps*. Encyclopedia Britannica. <https://www.britannica.com/biography/Theodor-Lipps>
- Titchener, E. B. (1909). Lectures on the experimental psychology of the thought-processes. MacMillan Co. <https://doi.org/10.1037/10877-000>
- Vanhooen, S. (2022). Existential Empathy: The Challenge of ‘Being’ in Therapy and Counseling. *Religions*, 13(8), 752. <https://doi.org/10.3390/rel13080752>
- Vasconcelos, M., Hollis, K., Nowbahari, E. & Kacelnik, A. (2012). Pro-sociality without empathy. *Biology Letters*, 8(6), 910–912. <https://doi.org/10.1098/rsbl.2012.0554>
- Vuoskoski, J. K., Thompson, W. F., McIlwain, D. & Eerola, T. (2012). Who enjoys listening to sad music and why? *Music Perception*, 29(3), 311–317. <https://doi.org/10.1525/mp.2012.29.3.311>
- Wight, J. B. (2006). Adam Smith’s ethics and the «Noble arts». *Review of Social Economy*, 64(2), 155–180. <https://doi.org/10.1080/00346760600721114>
- Williams, A., O’Driscoll, K. & Moore, C. (2014). The influence of empathic concern on prosocial behavior in children. *Frontiers in Psychology*, 5, 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00425>
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research In Psychology* (3. utg.). Open University Press.
- Zahavi, D. (2010). Empathy, embodiment and interpersonal understanding: From Lipps to Schutz. *Inquiry*, 53(3), 285–306. <https://doi.org/10.1080/00201741003784663>
- Zahavi, D. (2012). Comment: Basic Empathy and Complex Empathy. *Emotion Review*, 4(1), 81–82. <https://doi.org/10.1177/1754073911421387>



FOTO: HEIDI FURRE

TEKST Joanna Rzadkowska

KONTAKT joanna.rzadkowska@gmail.com

MERKNAD Joanna Rzadkowska er PhD-kandidat ved Familieavdelingen, Modum Bad. I doktorgradsprosjektet «Paret som kontekst og i kontekst» utforsker hun faktorer innenfor og utenfor terapisisuasjonen som kan påvirke utfall av parterapi.

Fattigdom som elefanten i psykologkontoret

Psykologiske faktorer er ikke det eneste som gir folk problemer, psykologene må forholde seg til fattigdom og dens konsekvenser.

Noen ganger, idet jeg begynner en terapiprosess med et par eller en familie, opplever jeg at veien til målet er tydelig. Paret oppgir at de misforstår hverandre og krangler for mye, og vi blir fort enige om en behandlingsplan med en retning – fra skadelige mønstre og mot ærligere samtaler og gode stunder sammen.

Andre ganger virker veien full av kampesteiner og vakleворne hengebroer. Eventuelt med flere uskiltede veikryss i sikte. Særlig hos familier som strever med økonomien er det så mange stressmomenter både innenfor og utenfor par -og familiesystemet at det er lett å miste oversikten. Det kan være arbeidsledighet eller dårlige arbeidsforhold. Uforutsigbare eller for lave utbetalinger fra NAV. En rekke ulike problemer knyttet til bolig. Fysiske helseproblemer i tillegg til de psykiske og vansker hos barna med tidskrevende behov for oppfølging. I tillegg kommer manglende sosialt nettverk. I «Om opphopning av dårlige levekår. Syk, fattig og ensom?» peker forsker Anders Barstad

(2017) på at jo flere utfordringer du har, jo flere kan du få også på andre livsområder, og slike opphopninger av levekårsutfordringer kan bli fattigdomsfeller som går utover hele familien.

SILJE OG STURLA

Silje har sterke, depressive plager. I tillegg kommer kranglene med mannen Sturla, der begge tolker hverandre i verste mening, og der de iblant kan miste kontrollen over volum, ordbruk og uttrykk:

«Om du tok tak i ryggproblemene dine tidligere, hadde vi ikke vært i denne situasjonen,» roper Silje over middagsbordet. «Hadde du gått til legen, hadde du sluppet å være på AAP nå. Da hadde barna dine hatt råd til ski!»

«Ja, hva med deg, da!?» svarer Sturla opprørt. «Enten så er du borte eller så gjør du ingenting. Du må ikke si ja til absolutt alle nattevakter! Og du bruker penger på idiotiske ting. Vi må betale kredittkortgjelden, skjønner du ikke det?»

Kanskje er det ikke så viktig for barna om de får nye, brukte eller arvede ski. Ofte kan prioritet nummer én være at mamma og pappa skal slutte å krangle.

Både personlig sårbarhet, stress, sosioøkonomisk utsatthet og tilgangen på gode mestingsstrategier påvirker partilfredsheten (Ross et al., 2022). Sammenhengen mellom disse faktorene er kompleks, og svake kommunikasjonsferdigheter og evner til problemløsning virker



ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRMARK

å ramme sosioøkonomisk utsatte par hardere (Masarik et al., 2016; Nguyen et al., 2020; Ross et al., 2022).

Forskning på familiestressmodellen (Conger et al., 2010) viser at ytre stress fører til økt konfliktnivå i parforholdet og en forverring av de psykiske lidelsene hos de voksne. I andre rekke påvirker dette barnas sosioemossjonelle utvikling og skoleferdigheter (Bøe et al., 2014).

TO KAMPESTEINER OG EN HENGEBRO

I den andre partimen snakker Silje om sjefen sin og jobben som sykepleier på et pleiehjem. Hun føler seg presset til å ta vakter på usosiale tidspunkter. I tillegg kommer den ene hendelsen der en slagpasient falt ut av sengen, og Silje tok imot med det hun kunne. Skulderen hennes gjør fortsatt vondt, ofte på natta, noe som bekymrer henne.

Burde vi kartlegge parmønster og sekundære følelser nå? tenker jeg. Er dette en avsporing eller er vi på riktig spor? »

”

... vi kan ikke utelukkende se på individuelle egenskaper og kommunikasjonsferdigheter som årsaker til folks problemer



Ærlig talt har jeg vært usikker på min egen tilnærming

Så forteller Sturla at han ikke har fått den siste utbetalingen fra NAV, noe som gjør ham veldig stresset, fordi de snart må betale avdrag på kredittkortet. Silje blir sint på Sturla, fordi han ikke har kontaktet NAV for å spørre om hva som har skjedd. Da blir Sturla helt stille, og jeg vet fra den første partimen at han har mange dårlige minner fra barndommen, da foreldrene hans stadig måtte ta sånne telefoner, og den økonomiske situasjonen deres tilsynelatende bare ble verre og verre.

Hva skal jeg gjøre?

Eksemplet mitt er helt fiktivt. Samtidig inneholder det summen av mine erfaringer som kliniker.

HVA ER BEST BEHANDLING?

En strategi jeg har brukt de siste årene, er å ikke insistere på å begynne med samtaler om angst og depresjon eller bruke all tiden på å kartlegge pærmønstre. I stedet prøver jeg å arbeide parallelt – både med parforholdet og med de mest alvorlige praktiske problemene.

For Silje vil det bety at jeg oppfordrer henne til å ringe en tillitsvalgt. Vi oppretter et samarbeid med sosionomen på sykehuset. Kanskje arbeidet vårt handler mest om å støtte henne i at hun er en verdifull arbeidstaker som kan få en annen jobb.

For Sturlas del kan det hende vi ringer NAV sammen. Noen ganger mangler det bare noen få opplysninger før pengene blir utbetalt. Kanskje har Sturla krav på flere ytelser enn han visste om. Kanskje snakker vi om barndommen hans i en partime med Silje, og hvordan å vokse opp i fattigdom fortsatt preger ham. At han er redd for å gi denne familiearven videre til sine barn. Kanskje oppretter vi kontakt med en gjeldsrådgiver i NAV og lager en betalingsplan.

Samtidig jobber vi for at de skal stå sammen som par og ikke legge skylden på hverandre for ting som er utenfor deres kontroll. Å få en tryggetilknytning til partner, kan øke motstandskraften i møte med livets vanskeligheter (Johnson et al., 2013) og noen studier tyder på at å lære seg problemløsning og kommunikasjonsferdigheter kan fungere som en buffer mot økonomisk stress (Masarik et al., 2016).

PSYKOLOGEN I SAMFUNNET

Ærlig talt har jeg vært usikker på min egen tilnærming. Jeg har lyst til å forankre den bedre i forskning og en tydelig, evidensbasert metode. Noen ganger oppgir parene at de har fått en mer stabil familiesituasjon og bedring fra psykiske symptomer, andre ganger ikke.

Ofte tenker jeg at vi burde forske mer på dette. Blant andre etterlyser Benjamin Karney (2021) mer forskning på par med lav sosioøkonomisk status. Eventuelt at vi bare gir disse familiene penger og ikke setter psykologer til å løse alle verdens vanskeligheter. En ekspertgruppe nedsatt av regjeringen har beregnet at det hadde kostet 2,4 milliarder i året å halvere barnefattigdommen i Norge (Ekspertgruppen om barn i fattige familier, 2023). Uten de samme økonomiske belastningene, hadde disse familiene ifølge familiestressmodellen kranglet mindre og hatt mindre grad av psykiske lidelser. Kanskje hadde de sluppet å havne på teriprommet mitt. Kanskje helsevesenet hadde sluppet å ha sprengt kapasitet midt i dyrtiden og på grunn av dyrtiden.

For er det egentlig vår jobb å behandle fattigdom og fattigdommens konsekvenser? Slik det er nå, mener jeg at vi ikke har noe valg. At vi

må hjelpe disse familiene så godt vi kan, med en tredjedel psykolog, sosionom og medmeneske i miksen.

For vi kan ikke utelukkende se på individuelle egenskaper og kommunikasjonsferdigheter som årsaker til folks problemer. Vi må adressere det Neff og Karney kaller elefanten i rommet, konteksten rundt familien (2017). Samtidig kan vi dra nytte av kunnskapen på tilgrensende fagfelt, for eksempel økonomisk rådgivning i sosialt arbeid, beskrevet i boken *Penger til besvær* (Solstad et al., 2022).

På samme måte som enkelte av oss jobber i parallelle sosionom-psykolog-løp i disse fami-

liene, kan vi også tenke parallelt: Gjøre jobben vår, og samtidig ønske oss bedre og mer handlekraftige politikere som ikke bare legger ansiktene i bekymrede folder, men faktisk gjør noe med den økende fattigdommen i Norge. Som gjør NAV-utbetalinger forutsigbare, gir flyktninger ytelse over fattigdomsgrensen, og at folk får muligheten til å leve verdige liv, selv om de ikke kan arbeide.

For det hadde faktisk gått bedre med par som Silje og Sturla om vi hadde en velferdsstat som fungerte og en offentlig samtale preget av forståelse, fremfor mistenkeliggjøring. ❌

REFERANSER

- Barstad, A. (2017). Om opphopning av dårlige levekår: Syk, fattig og ensom? *Samfunnsspeilet*, 2.
- Bøe, T., Sivertsen, B., Heiervang, E., Goodman, R., Lundervold, A. J. & Hysing, M. (2014). Socioeconomic status and child mental health: The role of parental emotional well-being and parenting practices. *Journal of abnormal child psychology*, 42(5), 705-715. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9818-9>
- Conger, R. D., Conger, K. J. & Martin, M. J. (2010). Socioeconomic status, family processes, and individual development. *Journal of marriage and family*, 72(3), 685-704. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00725.x>
- Ekspertgruppen om barn i fattige familier. (2023). *En barndom for livet. Økt tilhørighet, mestring og læring for barn i fattige familier*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/en-ny-barndom-for-livet/id3000835/>
- Johnson, S. M., Moser, M. B., Beckes, L., Smith, A., Dagleish, T., Halchuk, R., Hasselmo, K.,
- Masarik, A. S., Martin, M. J., Ferrer, E., Lorenz, F. O., Conger, K. J. & Conger, R. D. (2016). Couple resilience to economic pressure over time and across generations. *Journal of Marriage and Family*, 78(2), 326-345. <https://doi.org/10.1111/jomf.12284>
- Neff, L. A. & Karney, B. R. (2017). Acknowledging the elephant in the room: How stressful environmental contexts shape relationship dynamics. *Current opinion in psychology*, 13, 107-110. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.05.013>
- Nguyen, T. P., Karney, B. R. & Bradbury, T. N. (2020). When poor communication does and does not matter: The moderating role of stress. *Journal of Family Psychology*, 34(6), 676. <https://doi.org/10.1037/fam0000643>
- Ross, J. M., Nguyen, T. P., Karney, B. R. & Bradbury, T. N. (2022). Three tests of the Vulnerability-Stress-Adaptation Model: Independent prediction, mediation, and generalizability. *Frontiers in Psychology*, 13, 921485. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.921485>
- Solstad, A., Tufte, P. A., Poppe, C. (2022). *Penger til besvær. Privatøkonomiske utfordringer og økonomisk rådgivning i kredittsamfunnet*. Universitetsforlaget.

Meninger

DEBATT

Delegering kan fungere

Andre faggrupper kan utføre oppgaver som tradisjonelt oppfattes som eksklusive for psykologer. Men det krever en systematisk tilnærming.



TEKST Tim Hauck,
TSB døgninstitusjon,
Stiftelsen Renåvangen

PRODUKTIVITET

ISIN KRONIKK «Psykologer må bli mer produktive» i Psykologtidsskriftets novemberutgave foreslår Kraft og Halvorsen å delegerer mye av terapien til andre yrkesgrupper.

I desemberutgaven har det kommet en reaksjon fra Espen Håland på Kraft og Halvorsens kronikk. I innlegget «Samlebåndsterapi er ikke svaret» er Håland opptatt av å beskytte psykologens unike kunnskap. Dette perspektivet er viktig å ha med seg når vi gir fra oss noe virksomhet.

Jeg ønsker å fremstille hvordan vi har organisert arbeidet i vår TSB døgninstitusjon Stiftelsen Renåvangen for å utnytte psykologressursen på en best mulig måte. Hensikten min er å vise at det allerede finnes veier som ivaretar begge posisjoner som kan øke produktiviteten i vårt virke i bestemte settinger. Vi har delegert mye terapeutisk virksomhet til andre yrkesgrupper, men dette har måttet skje under visse betingelser for å ikke ofre den kompetansen som bare vår profesjon innehar.

Det finnes tydelige grenser mellom hva en psykolog kan delegerer, og hva som psykologen skal og må stå for selv i institusjonens behandlingstjenester. På Renåvangen har vi delegert terapi som andre kan gjennomføre, og er samtidig tydelige på at psykologene er spesielt utdannet og egnet til å gjennomføre spisset spesialisert individualbehandling selv.

FRA TS TIL DELEGERINGSMODELL

Behandlingsmodellen ved Renåvangen startet

som et terapeutisk samfunn (TS) og har utviklet seg gjennom mer enn 30 år. Både beboernes gjensidige interaksjoner og relasjonene som utvikles dem imellom, skal ha en terapeutisk effekt ved siden av de profesjonelle interaksjonene. I det relasjonelle arbeidet i alle settinger korrigeres tidligere taklingsmønstre, og beboerne lærer nye og mer konstruktive måter å forholde seg til hverandre på. Pasientene som kommer til oss, har fått behandlingsrett for inntil ett helt år innenfor døgnbasert rusbehandling. Dette skaper store forventninger til behandlingens resultater, både fra dem selv, deres pårørende og fra myndighetene. I tillegg må institusjonen gjennomføre utredning og behandling av alle slags psykiske lidelser, sørge for tilfriskning etter langvarig rusmisbruk og utvikling av mestringsferdigheter. Behandlingsmodellen vår baseres på arbeid i forskjellige nivåer, både individualterapi, gruppebasert terapi og fellesskapsbasert behandling i miljøet. Vårt mål er å tilby mer behandling ved å skape flere terapeutiske arenaer.

Vi bruker psykologressursen både i individuelle behandlinger og i overordnet funksjon. Jeg jobber både med individuelle behandlinger selv, samtidig som jeg veileder andre faggrupper vedrørende deres tiltak og behandlinger. Psykologen «vokter» over terapien som andre yrkesgrupper gir på institusjonen, for eksempel gjennom veiledning angående behandlingsplanen, pasientens individuelle utviklings-



Tvangsetikk

Fagetisk råd presset frem fagetisk refleksjon uten at det var klart hvilken fagetisk retningslinje som var brutt.



ÅRET 2023 SKULLE bli året hvor jeg ble kjent med Fagetisk råd. Jeg fikk intet mindre enn to klager på meg. Her er historien om hvordan det gikk. Som psykolog fatter jeg stadig beslutninger. Hvordan jeg som kliniker møter en pasient, hvilken diagnose jeg setter som sakkyndig og hva jeg velger å skrive om, vil få konsekvenser for andre. Derfor er det viktig at handlingene mine er godt faglig forankret og gjør meg fortjent til den tilliten som psykologer i Norge generelt nyter godt av. Nettopp fordi vi gjør så mange beslutninger er det naivt å tro at vi aldri vil trå feil. Fagetiske retningslinjer kan betraktes som en guide for psykologisk virksomhet, slik at vi unngår fallgruver som respektløshet, uansvarlighet og maktmisbruk, for å nevne noe. Men retningslinjer må tolkes, og Fagetisk råd spiller en viktig rolle for psykologer som holdningsbærer og veiledere innen fagetikk.

FAGETISK REFLEKSJON OG LÆRING?

Fagetisk råd (FER) skal bistå psykologer i fagetiske spørsmål ved å 1) behandle fagetiske klagesaker i henhold til et vedtatt reglement og 2) fremme forslag for å opprettholde fagetisk standard på et høyt nivå.

Tidligere ble en klage til FER behandlet som en skriftlig dialog, og basert på den dialogen fattet rådet en skriftlig beslutning om hvorvidt fagetiske retningslinjer var brutt. FERs avgjørelse ble sendt til klager og innklaget psyko-

log. Etter et landsmøtevedtak i 2022 har denne praksisen blitt betydelig endret.

Det fikk konsekvenser. Da jeg ble innklaget, fikk jeg merke hvordan FERs nye mandat ble praktisert.

I brev datert 28. mars 2023 ble jeg i nøkterne ordelag opplyst om at jeg var innklaget til FER. Brevet inneholdt opplysninger om hvem som hadde klaget meg inn og om grunnlaget for klagen. I brevet stod det også at reglementet var endret, slik at man i stedet for den skriftlige behandlingen av en klage skulle inngå i en *dialogbasert prosess*. Fokuset var nå «*fagetisk refleksjon og læring uten vedtak/konklusjon*». Avslutningsvis ble jeg opplyst om at jeg som medlem av Norsk psykologforening var pliktig til å samarbeide med FER.

INGEN FOREDELSESDATO

Med brevet var det vedlagt en kopi av klagen mot meg.

Klageren viste til uttalelser jeg hadde ytret i media for nærmere åtte år siden. Vedkommende mente seg omtalt på et ufordelaktig vis. Gjennom 2 ½ tettekrevne sider kom klageren med flere ankepunkter knyttet til mine uttalelser den gang, hvorav det meste naturlig nok var gått i glemmeboken for min del. I brevet ble det brukt versaler, kursivering, fet skrift og understrekning om hverandre for å tydeliggjøre hvor ille min atferd hadde vært.

TEKST Pål Grøndahl

FAGETISK RÅD

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter





... en påtvungen øvelse som ikke stimulerte til refleksjon eller selvransakelse

Jeg må innrømme at jeg først avskrev hele greia som hevnmotivert.

Drøye to uker før jeg mottok brevet fra FER, hadde jeg mottatt fem lengre tekstmeldinger på mobilen. I sterke ordelag ble jeg konfrontert av en kollega med det samme innholdet som i det ovennevnte klagebrevet. Klok av skade og erfaring med vedkommende svarte jeg aldri på disse meldingene. Siden jeg allerede hadde mottatt tekstmeldingene, var jeg overbevist om at det ikke var klageren selv som hadde formulert klagen til FER, men at denne psykologkollegaen stod bak.

To måneder senere fikk jeg jammen en *ny* klage på meg. Denne gangen knyttet klagen seg til et arbeid jeg hadde utført som sakkynndig. Her lå det faktisk en mulighet for en fagetisk gjennomgang om en problemstilling jeg var interessert i.

Deretter skjedde det ikke stort før 5. juni, da jeg fikk telefon fra et medlem i FER. Hen ønsket å ha en prat med meg om klagen og starte med denne *fagetiske refleksjonen og læringen uten konklusjon*. Jeg ga uttrykk for min hjertens mening om den første klagen, og at jeg ikke hadde noen dypere fagetiske kommentarer til den. Svaret fra det hyggelige og bestemte medlemmet i FER var at: «*ja, men kanskje jeg har noe å si.*»

Jeg var ikke avvisende til å drøfte fagetiske problemstillinger, men problemet var at jeg aldri fikk noen indikasjon på om jeg hadde brutt noen fagetisk retningslinje. Men slik informasjon ville kanskje komme frem senere, og jeg aksepterte å ta samtalen etter ferien.

FER-medlemmet ringte meg 23. august og opplyste om at klage nummer to var blitt trukket. Da gjenstod klage nummer en. Den hadde jeg jo få kommentarer til, ettersom jeg fortsatt oppfattet den som tynt fundert.

MÅTTE SKIFTE SKJORTE

FER-medlemmet ga uttrykk for at hen hadde forstått at jeg var kritisk til grunnlaget for klagen, men gikk likevel i gang med å spørre meg ut, siterte ulike setninger fra klagen og spurte meg om min fagetiske refleksjon rundt disse. Uten å ha fått noen fagetisk tilbakemelding fra FER, hadde jeg fortsatt minimalt å bidra med. Det fremkom i samtalen at FER hadde forsøkt å spore opp klager for ytterligere utdypning av klagen, men de hadde ikke fått kontakt med vedkommende. Likevel ble det lest opp flere

sitatsetninger fra denne klagen. Ettersom jeg sliter med en lettaktivert skyldfølelse ble det en svett affære. Prosessen føltes insisterende. Jeg *skulle* reflektere, uten at jeg engang visste om jeg hadde brutt noen fagetisk bestemmelse.

Etter 50 minutter avsluttet vi. Jeg satt ikke igjen noe særlig mye klokere, men jeg måtte skifte t-skjorte.

Ikke under noen av kontaktpunktene fikk jeg vite om jeg, etter FERs vurdering, *hadde* forbrutt meg på en fagetisk regel. FER kom aldri med noen konkret påpeking av hvilke fagetiske spørsmål som ble utløst av klagen. Det var som om jeg skulle forstå det selv ut ifra de spørsmål som ble stilt. Min opplevelse var å bli eksaminert i en lekse jeg aldri hadde fått.

Jeg er tvilende til at FERs nye mandat og praksis vil akkumulere fagetisk kunnskap. Burde ikke jeg, den innklagede, fått vite noe om hvorvidt det hadde skjedd et brudd på en fagetisk regel? Burde ikke FER ha gjort en refleksjon over dette spørsmålet i forkant av kontakten med meg?

Min motivasjon for å gjennomføre en refleksjon, forble lunken. De fagetiske aspektene i klagen fremstår fortsatt som diffuse for meg. Uten å vite om jeg hadde brutt en retningslinje og i så fall hvilken, opplevde jeg kontakten med FER som en påtvungen øvelse som ikke stimulerte til refleksjon eller selvransakelse.

Ettersom FER ikke engang fikk klageren i tale, undrer jeg meg også over hvor lav terskelen er for å åpne en sak, og jeg etterlyser en redegjørelse vedrørende dette. Hvis det er slik at FER åpner enhver klage, kan FER lett utvikle seg til å bli en plattform for å angripe psykologer man av ulike grunner er blitt sint på.

PUBLIKUMS BEHOV FOR TILLIT

Men til syvende og sist er det et sentralt spørsmål om FERs nye praksis svarer ut publikums behov for en reell klageinstans. Jeg tror at de som sender klage, først og fremst er opptatt av å få behandlet om psykologen har brutt en fagetisk bestemmelse, ikke om FER har gjennomført en reflekterende prat med psykologen.

Vi mennesker har begrenset evne til eksakt rekapitulering av episoder. Jeg tok ikke opp samtalen, slik at dette er min versjon av dialogen med FER. Men jeg kan uansett slå fast at til tross for det profesjonelle og engasjerte medlemmets insisterende forsøk, brakte ikke denne prosessen meg til et nytt nivå av fagetisk bevissthet. ✕

Problemet med å overse nevropsykologien

Depressive lidelser er forbundet med nedsatt eksekutiv fungering. Likevel stiller mange behandlingstilnærminger krav til nettopp slik fungering.

IPSYKOLOGTIDSSKRIFTETS desemberutgave (2023) kan vi lese om et utvalg tilnærminger som brukes overfor voksne pasienter i norsk psykisk helsevern i dag. Representanter for ulike terapiretninger beskriver sin forståelse og tilnærming til et kasus, Nadine, som i hovedsak strever med depressive plager. Jeg mener at også nevropsykologiske perspektiver kan bidra til en økt forståelse og kvalitet på behandling av psykiske lidelser, inkludert depresjon. Den nevropsykologiske tilnærmingen har en viktig plass i psykisk helsevern, og i fremtiden håper jeg at kunnskap fra dette feltet i større grad integreres for å hjelpe pasienter med utfordringer som Nadine.

PÅVIRKER NEVROKOGNITIV FUNGERING

Depresjon er en sammensatt, ofte kronisk tilstand som påvirker psykososial fungering, mellommenneskelige relasjoner og arbeidsfunksjon negativt (Lam et al., 2014). Til tross for et mangfold av behandlingsmetoder er effektene begrenset, for eksempel når det gjelder remisjon og langtidseffekter, for både farmakologiske (Turner et al., 2008) og psykologiske behandlinger (Cuijpers et al., 2010; Cuijpers et

al., 2023). I tillegg vil omtrent halvparten av de med en førstegangs depressiv episode få tilbakefall innen to år (f.eks. Eaton et al., 2008; Solomon et al., 2000).

For å øke effektiviteten til eksisterende tilnærminger kan nye metoder som retter seg mot underliggende sårbarhetsfaktorer, som nevrokognitive funksjoner, være en mulighet. Som illustrert i Psykologtidsskriftets desemberutgave (2023) vies nevrokognitiv fungering liten eller ingen oppmerksomhet ved behandling av depresjon. Dette til tross for at forskning har vist at nevrokognitive vansker er en sentral bidragsyter til både svekket funksjon i hverdagen (f.eks. jobb) og mangel på symptomlindring ved både behandling med antidepressiver og psykoterapi (f.eks. McIntyre et al., 2015).

Depresjon er assosiert med vansker innen flere nevrokognitive domener, inkludert oppmerksomhet, hukommelse og eksekutive funksjoner (f.eks. Landrø et al., 2001; Rock et al., 2014; Semkovska et al., 2019). Eksekutive funksjoner er en samlebetegnelse på ulike nevrokognitive funksjoner eller prosesser som er avgjørende for regulering av målrettet atferd »



TEKST Jan Egil Stubberud, Psykologisk institutt (UiO); Lovisenberg Diakonale Sykehus

NEVROPSYKOLOGI OG TERAPI

KONTAKT

j.e.stubberud@psykologi.uio.no

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter



Faksimile av temanummer 12/23

og tilpasning til endringer og krav fra omgivelsene (Cicerone et al., 2006). Et sentralt poeng er at nevrokognitive vansker ofte vedvarer til tross for bedring av depressive symptomer (Semkovska et al., 2019; Shilyansky et al., 2016). Vedvarende nevrokognitive vansker vil særlig kunne få negative konsekvenser når pasienten etter en depressiv episode vender tilbake til krav man har på arbeidsplassen eller i relasjoner. Egne og kanskje andres forventninger om at man skal fungere slik som før, i kombinasjon med redusert funksjon i hverdagen, kan negativt påvirke mestringstro, selvtillit og selvbilde. Og dermed øke risikoen for tilbakefall (Lam et al., 2014; McIntyre et al., 2015).

PÅVIRKER BEHANDLINGSEFFEKT

Særlig eksekutive vansker har vist seg å vedvare i faser med symptomforbedring og under remisjon (f.eks. Rock et al., 2014). Eksekutiv dysfunksjon kan medføre redusert evne til inhibisjon (impulshemming) og mental fleksibilitet, eller forstyrrelse i regulering av følelser og atferd. Det bemerkes at forholdet og sam-

spillet mellom stemningsleie og nevrokognitiv fungering er sammensatt, men forskning har antydnet at eksekutive funksjoner er assosiert med bruk av maladaptive strategier for følelsesregulering ved depresjon (f.eks. Demeyer et al., 2012; Hsu et al., 2015; Joormann & Vanderlind, 2014). Spesielt interessant er kanskje sammenhengen mellom eksekutive vansker (særlig inhibisjonsvansker) og grubling/ruminering eller negative tankemønstre ved depresjon (f.eks. Joormann & Gotlib, 2010; Yang et al., 2017). Dersom en pasient for eksempel har vansker med å inhibere negative tankemønstre eller negativ grubling, så kan det bidra til økt risiko for opprettholdelsen av depressiv symptomatologi og/eller tilbakefall (f.eks. Nolen-Hoeksema et al., 2008). Forskning har vist at det er en sammenheng mellom redusert inhibisjon og oppmerksomhet og risiko for tilbakefall (Majer et al., 2004; Saragoussi et al., 2017; Schmid & Hammar, 2013).

Nylig gjennomførte forskere fra Stanford University en studie der man avdekket en undertype av depresjon. Studien viste at pasi-

entene med undertypen har mer framtreddende symptomer på søvnløshet og eksekutive vansker, samt distinkte nevrale korrelater. Denne gruppen av pasienter så i tillegg ut til å ha mindre nytte av SSRI (Hack et al., 2023).

Det er også verdt å merke seg at i psykoterapi inkluderes ofte aktiviteter (f.eks. hjemmeoppgaver, omstrukturering av tanker, monitorering av reaksjoner og følelser) som er avhengig av eksekutive funksjoner, slik som evnen til å planlegge, holde og manipulere materiale i arbeidsminnet, og hemme automatiserte responser. Velfungerende eksekutive funksjoner kan derfor være avgjørende for effektiv psykologisk behandling (Johnco et al., 2014; Mohlman & Gorman, 2005).

Gitt nevrokognitive funksjoners rolle ved depresjon, samt den moderate effekten av eksisterende behandlinger, så kan en nevropsykologisk tilnærming være relevant for denne pasientgruppen.

NEUROPSYKOLOGISK TILNÆRMING

Klinisk nevropsykologi har historisk sett omhandlet utredning av nevrologiske pasientgrupper. Men i dag jobber nevropsykologer innenfor alle områder av helsevesenet der utredning og/eller behandling av hjerneatferd-relasjoner kan være aktuelt (Norsk Nevropsykologisk Forening, 2015).

For å forstå pasientens nevrokognitive fungering kan det være aktuelt med en kartlegging i første omgang, gjennom en nevropsykologisk undersøkelse. Som regel vil det være et behov for å gi informasjon til pasienten og eventuelt pårørende (psykoedukasjon) om hva det innebærer å ha nevrokognitive vansker. Kompenserende strategier (eks. husketeknikker), hjelpemidler (mobiltelefon med påminnelsesfunksjon) og/eller tilrettelegging av omgivelsene er eksempler på intervensjoner som kan bidra til en bedre hverdag hos pasienter som strever med nevrokognitive vansker (Stubberud & Øie, 2021).

Et annet eksempel er kognitiv rehabilitering eller kognitiv trening («hjernetrening»), som kan beskrives som en prosess der atferdsintervensjoner benyttes for å bedre nevrokognitive funksjoner med sikte på varige og generaliserte effekter (Stubberud et al., 2021). Målsettingen er å hjelpe personen til å oppnå høyest mulig funksjonsnivå, både med hensyn til kognitiv funksjon og funksjon i dagliglivet (Ueland, 2016).

Forskning har vist positive effekter av kognitiv trening for personer med depressive plager (f.eks. Hammar et al., 2020; Motter et al., 2016; Myklebost et al., 2022; Therond et al., 2021; Ronold et al., 2023). Nylig gjennomførte vi en studie (RCT) hvor to former for gruppebasert kognitiv trening for eksekutiv funksjon ble prøvd ut hos personer med depressive plager. En gruppe lærte metakognitive strategier med trinnvis problemløsning for å kompensere for vanskene ($n=35$), og i den andre gruppen var søkelyset på hvordan man gjennom repetisjon av oppgaver på PC trener hjernen som en muskel ($n=28$). Resultatene viste at begge behandlingsformene førte til en betydelig reduksjon av nevrokognitive og depressive plager i hverdagen. Bedringen var tydeligst seks måneder etter behandling for gruppen som mottok metakognitiv strategitrening (Hagen et al., 2020; Stubberud et al., 2021). Til tross for studier med relativt få deltakere tyder resultatene på at nevrokognitive funksjoner hos personer med depressive plager kan styrkes ved hjelp av kognitiv trening. Det har også blitt gjennomført lignende studier for personer i norsk psykisk helsevern for andre diagnosegrupper, for eksempel psykoselidelser (Haugen et al., 2022) og ADHD (Hanssen et al., 2023), med svært lovende resultater.

PASIENTENE BLIR IKKE SPURT

Selv om en del pasienter opplever nevrokognitive vansker både under og etter en depresjon, er det ikke sikkert Nadine gjør det. Det kan også være at hun ikke har blitt spurt om dette. Mange av de som har fått behandling for depresjon, forteller at de aldri har blitt spurt av helsepersonell om nevrokognitiv funksjon (Kaser & Sahakian, 2019).

Depresjon er forbundet med både tilstandsavhengige og varige nevrokognitive vansker, særlig eksekutiv dysfunksjon. Dette bør dermed ikke betraktes som et sekundært fenomen bare som følge av affektive symptomer. I mange tilfeller bør derfor behandlingen rettes mot og tilpasses nevrokognitive svikttegn, som utover kognisjon kan ha betydning for psykisk helse og livskvalitet. En bedre integrasjon av en nevropsykologisk tilnærming i psykisk helsevern kan øke kunnskapen om etiologi, sykdomsutvikling og funksjon i hverdagen (Landrø & Andersson, 2008), samt bidra til å utvikle og målrette behandlingsinnsatsen til individuelle behov. ✖



Mange av de som har fått behandling for depresjon, forteller at de aldri har blitt spurt av helsepersonell om nevrokognitiv funksjon

REFERANSER

- Cicerone, K., Levin, H., Malec, J., Stuss, D. & Whyte, J. (2006). Cognitive rehabilitation interventions for executive function: Moving from bench to bedside in patients with traumatic brain injury. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 18(7), 1212–1222. <https://doi.org/10.1162/jocn.2006.18.7.1212>
- Cuijpers, P., van Straten, A., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D. & Andersson, G. (2010). The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: A meta-analysis of study quality and effect size. *Psychological Medicine*, 40(2), 211–223. <https://doi.org/10.1017/S0033291709006114>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Papola, D., Ebert, D. & Karyotaki, E. (2023). Psychological treatment of depression: A systematic overview of a 'Meta-Analytic Research Domain'. *Journal of Affective Disorders*, 335, 141–151. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.011>
- Demeyer, I., De Lissnyder, E., Koster, E. H. & De Raedt, R. (2012). Rumination mediates the relationship between impaired cognitive control for emotional information and depressive symptoms: A prospective study in remitted depressed adults. *Behaviour Research and Therapy*, 50(5), 292–297. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.02.012>
- Eaton, W. W., Shao, H., Nestadt, G., Lee, H. B., Lee, B. H., Bienvenu, O. J. & Zandi, P. (2008). Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65(5), 513. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.5.513>
- Hack, L. M., Tozzi, L., Zenteno, S., Olmsted, A. M., Hilton, R., Jubeir, J., Korgaonkar, M. S., Schatzberg, A. F., Yesavage, J. A., O'Hara, R. & Williams, L. M. (2023). A Cognitive Biotype of Depression and Symptoms, Behavior Measures, Neural Circuits, and Differential Treatment Outcomes: A Prespecified Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*, 6(6), e2318411. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.18411>
- Hagen, B. I., Lau, B., Joormann, J., Smastuen, M. C., Landro, N. I. & Stubberud, J. (2020). Goal management training as a cognitive remediation intervention in depression: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 275, 268–277. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.015>
- Hammar, Å., Semkovska, M., Borgen, I. M., Myklebost, S., Ronold, E. H., Sveen, T., Ueland, T., Porter, R. & Johnson, S. L. (2020). A pilot study of cognitive remediation in remitted major depressive disorder patients. *Applied Neuropsychology: Adult*. <https://doi.org/10.1080/23279095.2020.1726919>
- Hanssen, K. T., Brevik, E. J., Småstuen, M. C. & Stubberud, J. (2023). Improvement of anxiety in ADHD following goal-focused cognitive remediation: a randomized controlled trial. *Frontiers in psychology*, 14, 1212502. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1212502>
- Haugen, I., Stubberud, J., Haug, E., McGurk, S. R., Hovik, K. T., Ueland, T. & Øie, M. G. (2022). A randomized controlled trial of Goal Management Training for executive functioning in schizophrenia spectrum disorders or psychosis risk syndromes. *BMC psychiatry*, 22(1), 575. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04197-3>
- Hsu, K. J., Beard, C., Rifkin, L., Dillon, D. G., Pizzagalli, D. A. & Bjorgvinsson, T. (2015). Transdiagnostic mechanisms in depression and anxiety: The role of rumination and attentional control. *Journal of Affective Disorders*, 188, 22–27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.008>
- Johnco, C., Wuthrich, V. M. & Rapee, R. M. (2014). The influence of cognitive flexibility on treatment outcome and cognitive restructuring skill acquisition during cognitive behavioural treatment for anxiety and depression in older adults: Results of a pilot study. *Behavioural Research Therapy*, 57, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.005>
- Joormann, J. & Vanderlind, W. M. (2014). Emotion regulation in depression: The role of biased cognition and reduced cognitive control. *Clinical Psychological Science*, 2, 402–421. <https://doi.org/10.1177/2167702614536163>
- Joormann, J. & Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition & Emotion*, 24(2), 281–298. <https://doi.org/10.1080/02699930903407948>
- Kaser, M. & Sahakian, B. (2019). Major Depressive Disorder as a Disorder of Cognition. I B. Baune & C. Harmer (red.), *Cognitive dimensions of major depressive disorder* (s. 23–35). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198810940.003.0003>
- Lam, R. W., Kennedy, S. H., McIntyre, R. S. & Khullar, A. (2014). Cognitive dysfunction in major depressive disorder: effects on psychosocial functioning and implications for treatment. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 59(12), 649–654. <https://doi.org/10.1177/070674371405901206>
- Landrø, N. I., Stiles, T. C. & Sletvold, H. (2001). Neuropsychological function in nonpsychotic unipolar major depression. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology*, 14, 233–240.
- Landrø, N-I. & Andersson, S. (2008). Nevropsykologiske aspekter ved stemningslidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 9, 1155–1163.
- Majer, M., Ising, M., Künzel, H., Binder, E., Holsboer, F., Modell, S. & Zihl, J. (2004). Impaired divided attention predicts delayed response and risk to relapse in subjects with depressive disorders. *Psychological Medicine*, 34(8), 1453–1463. <https://doi.org/10.1017/S0033291704002697>
- McIntyre, R. S., Soczynska, J. Z., Woldeyohannes, H. O., Alsuwaidan, M. T., Cha, D. S., Carvalho, A. F., Jerrell, J. M., Dale, R. M., Gallagher, L. A., Muzina, D. J. & Kennedy, S. H. (2015). The impact of cognitive impairment on perceived workforce performance: results from the International Mood Disorders Collaborative Project. *Comprehensive psychiatry*, 56, 279–282. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.08.051>
- Mohlman, J. & Gorman, J. M. (2005). The role of executive functioning in CBT: a pilot study with anxious older adults. *Behaviour Research and Therapy*, 43(4), 447–465. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.03.007>

- Motter, J. N., Pimontel, M. A., Rindskopf, D., Devanand, D. P., Doraiswamy, P. M. & Sneed, J. R. (2016). Computerized cognitive training and functional recovery in major depressive disorder: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 189, 184–191. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.022>
- Myklebost, S. B., Nordgreen, T. & Hammar, Å. (2022). An open pilot study of an internet-delivered intervention targeting self-perceived residual cognitive symptoms after major depressive disorder. *Applied neuropsychology. Adult*, 29(6), 1595–1604. <https://doi.org/10.1080/23279095.2021.1901706>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Norsk Nevropsykologisk Forening (2015). *Veileder i klinisk nevropsykologi - prinsipper for utøvelse av klinisk nevropsykologisk virksomhet*. <http://www.nevropsyk.org/fag/veileder-klinisk-nevropsykologi>
- Rock, P., Roiser, J., Riedel, W. & Blackwell, A. (2014). Cognitive impairment in depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(10), 2029–2040. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002535>
- Ronold, E. H., Myklebost, S. B. & Hammar, Å. (2023). Improvement in self-reported cognitive functioning but not in rumination following online working memory training in a two-year follow-up study of remitted major depressive disorder. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1163073. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1163073>
- Saragoussi, D., Touya, M., Haro, J. M., Jönsson, B., Knapp, M., Botrel, B., Florea, I., Loft, H. & Rive, B. (2017). Factors associated with failure to achieve remission and with relapse after remission in patients with major depressive disorder in the PERFORM study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2151–2165. <https://doi.org/10.2147/NDT.S136343>
- Schmid, M. & Hammar, A. Å. (2013). A follow-up study of first episode major depressive disorder. Impairment in inhibition and semantic fluency-potential predictors for relapse? *Frontiers in Psychology*, 4, 633–613. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00633>
- Semkovska, M., Quinlivan, L., O'Grady, T., Johnson, R., Collins, A., O'Connor, J., Knittle, H., Ahern, E. & Gload, T. (2019). Cognitive function following a major depressive episode: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 6(10), 851–861. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30291-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30291-3)
- Shilyansky, C., Williams, L. M., Gyurak, A., Harris, A., Usherwood, T. & Etkin, A. (2016). Effect of antidepressant treatment on cognitive impairments associated with depression: A randomized longitudinal study. *Lancet Psychiatry*, 3(5), 425–435. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00012-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00012-2)
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., Coryell, W., Warshaw, M., Turvey, C., Maser, J. D. & Endicott, J. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 157(2), 229–233. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.2.229>
- Stubberud J. & Øie, M. (2021). Tilrettelegging for nevrokognitive vansker. I B. Lau & M. Øie (red.), *Klinisk arbeidspsykologi* (s. 157–179). Universitetsforlaget.
- Stubberud, J., Huster, R., Hoorelbeke, K., Hammar, Å. & Hagen, B. I. (2021). Improved emotion regulation in depression following cognitive remediation: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 147, 103991. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103991>
- Therond, A., Pezzoli, P., Abbas, M., Howard, A., Bowie, C. R. & Guimond, S. (2021). The efficacy of cognitive remediation in depression: A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 284, 238–246. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.009>
- Turner, E. H., Matthews, A. M., Linardatos, E., Tell, R. A., & Rosenthal, R. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*, 358(3), 252–260. <https://doi.org/10.1056/NEJMs065779>
- Ueland, T. (2016). Kognitiv trening. I B. R. Rund (red.), *Schizofreni* (s. 65–91). Hertervig Forlag Akademisk.
- Yang, Y., Cao, S., Shields, G. S., Teng, Z. & Liu, Y. (2017). The relationships between rumination and core executive functions: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 34(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/da.225>

Krigen i Gaza og Psykologforeningens ensidige støtte

Når Psykologforeningen først velger å engasjere seg politisk, bør ikke situasjonens kompleksitet tas i betraktning?

TEKST

Sarah Abraham
Hilde Olsson
Islin Abrahamsen
Tamar Shatz
Cecilie Ødegaard
Hege Briså Strætkvern
Christine Mohn
Yael Swissa Benyaron
Chava Savosnick

KRIGEN I GAZA

KONTAKT

sarabra69@hotmail.com

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

DET ER NÅ litt over to måneder siden Hamas' terrorangrep mot Israel den 7. oktober, der 1200 mennesker ble myrdet, henrettet, voldtatt, og der 240 barn, kvinner, menn og eldre ble tatt som gisler – hvorav 138 fortsatt er fanget som gisler av Hamas.

Hamas sin bombing fra Gaza, Hizbollah fra Libanon, Syria og Jemens fortsatte angrep mot Israel og Israels påfølgende motoffensiv har resultert i store lidelser for sivilbefolkningen i både Israel og i Gaza. Vi er nok mange som har kjent på både sjokk, forferdelse, sorg og hjelpeløshet over det vi har sett utspille seg de siste ukene, og noen har vært mer personlig berørt enn andre.

Med bakgrunn i det som skjer i Midtøsten, har Norsk Psykologforening (NPF) i løpet av disse ukene kommet med flere utspill, blant annet i samarbeid med Legeforeningen og Norsk Sykepleierforbund, som de har oppsummert på nettsiden her, med tittelen «Krigen i Gaza» (Norsk Psykologforening, 2023). Vi ønsker her å komme med noen betraktninger rundt NPFs rolle i denne konflikten:

Den 14. desember arrangerte NPFs lokallag Hordaland et medlemsmøte der budskapet var:

«Flere av medlemmene våre uttrykker sinne, sorg og avmakt stilt overfor det som nå skjer, og etterlyser fokus på situasjonen.» Videre lover arrangementet: «... innlegg fra krigen om ulike perspektiver».

Disse perspektivene ble ivaretatt av to innledere som begge har et tydelig politisk og ideologisk engasjement for det palestinske narrative. Dette fremstår som ensidig.

NPF er en medlemsorganisasjon for alle norske psykologer, med det til felles at vi forvalter et etisk og faglig forsvarlig håndverk, enten det er i pasientkontakt eller holdningsskapende arbeid. Her skal det være plass for et mangfold i politisk, religiøs og kulturell identitet og tilhørighet.

Når NPF har kommet med nevnte uttalelser og tydelige føringer for psykologers kollektive ståsted til situasjonen i Midtøsten, mener vi at de blander kortene. Vi ser ikke på det som NPFs oppgave å velge ut ett perspektiv, en konflikt eller ett narrativ som «sitt kollektive ståsted», slik det nå fremstår ut fra deres ulike utspill. Vi kan ikke huske noe NPF-arrangement med spesifikt søkelys på Syria, Jemen, Ukraina eller Etiopia – konflikter som hittil har kostet hun-



KRIGEN I GAZA På nettsidene til Psykologforeningen er utspill om krigen i Gaza oppsummert. Foto: Skjerm bilde

dretusener av liv. Det fremstår her som tydelig at Midtøsten-konflikten er særskilt valgt ut. Er dette begrunnet i den store medieoppmerksomheten?

Konflikten innebærer to ulike narrativer, som skapes ut fra hva man legger til grunn som historiske fakta om Israels og det palestinske folkets opprinnelse. Næring til ulike narrativ gis fra medias søkelys og hvilke forståelser fra historikere, eksperter, politikere og enkeltpersoner man tar til inntekt. Slik det fremstår fra NPFs side, har det palestinske narrative forrang.

I den aktuelle krigen vurderes partenes krigføring som moralsk eller umoralsk ut fra faktorer man har valgt ut og gjentatt i media: terrorhandling, proporsjonalitet, krigsforbrytelser, folkerett, rett og plikt til forsvar, ansvar for sivilbefolkning. Men heller ikke disse begrepene er entydige, og kan fortolkes og forstås ulikt.

Reidar Hjermann fra Psykologforeningen og Ulrikke Røed-Fauske fra Legeforeningen stilte seg bak et omforent budskap (2023):

Uavhengig av politisk ståsted, må de grove bruddene på menneskerettighetene opphøre

nå! Humanitær hjelp må inn i Gaza, og hjelpearbeidere må skjermes for angrep. Vi krever ikke bare at Norge bidrar til at helsepersonell står klare til å lindre og hjelpe etter at støvet har lagt seg. Vi krever en permanent humanitær våpenhvile nå.

Det bør diskuteres hvorvidt helsepersonell og psykologer overhodet skal ta et så snevert standpunkt i en meget langvarig, sammensatt og kompleks konflikt.

Men når en fagorganisasjon først velger å engasjere seg politisk, bør situasjonens kompleksitet tas i betraktning. Vi har savnet å se en tydelig empatisk validering av ofrene for Hamas' terror, og at lidelsen til begge parter omtales og anerkjennes mer tydelig i NPFs uttalelser.

Vårt poeng er at dette er et metaperspektiv vi som psykologer og helsepersonell er forpliktet til å ha en bevissthet rundt. Vi møter pasienter og klienter med ulike syn og erfaringer, og enten disse sammenfaller med vårt eget eller ikke, så er vårt kjennetegn at vi kan møte dem alle uten å gjøre møtet til en politisk arena.

”

... et tydelig politisk og ideologisk engasjement for det palestinske narrative

»



... når en fagorganisasjon først velger å engasjere seg politisk, bør situasjonens kompleksitet tas i betraktning

NPF tilbyr nå et nytt kurs om «generasjonstraumer» hvor beskrivelsen har antydning at det først og fremst er barna i Gaza som lider av traumer. Vi ser imidlertid ikke at NPF også inkluderer stemmer som forteller om traumer hos barn som har levd med bomberom og rakettangrep gjennom 18 år, i sørlige israelske byer. Vi har heller ikke sett at NPF arrangerer kurs om medisinske skader etter terror og selvmordsangrep i Israel.

Israelske psykologer bidrar sterkt til traumefeltets forståelse og kompetanse, også med bakgrunn i slike erfaringer.

Israelske og palestinske barn traumatiseres på samme måte og av samme traumatiserende faktorer vi kjenner til. De trenger all psykologfaglig hjelp de kan få. Dette er neppe noen uenig i. Derfor må NPF vokte seg for å bli en stemme som tar politisk parti og gir inntrykk av at det er ett narrativ som er psykologfaglig mer etisk og moralsk å lytte til.

Seneste opprop til deltakelse lørdag 16. desember var kun «*i solidaritet med sivile palestinere*», uten å benevne de israelske kidnappede og sivilbefolkningen som er under pågående angrep fra flere land.

En psykolog som ønsker å forbli anonym, har møtt palestinske flyktninger som pasienter, som har vært utsatt for brutale trusler og overgrep fra Hamas. Vedkommende forteller: «Jeg har møtt pasienter med grusomme torturhistorier fra Hizbollah i Libanon. Vi har selv kontakt med ungdom i Norge som forteller om trusler og skremmende situasjoner fra palestinske, arabiske, muslimske ungdommer, som følge av at de enten har synlig jødisk identitet eller har annen tilhørighet til Israel. Krigens to parter lider, og jødisk identitet er i særlig risiko langt utenfor Midtøsten. Vi skal kunne møte dem alle, uten at eget politiske narrativ er avgjørende.»

Om NPF skulle kommet med et mer inkluderende budskap til alle medlemmer og til samfunnet, kunne det være for eksempel:

«Verden er midt i flere blodige konflikter – blant dem den pågående krigen mellom Russland og Ukraina, krigen mellom Israel og Hamas, og andre uløste verdenskonflikter. Norsk Psykologforening er klar over at vi har medlemmer og pasienter/klienter som er på alle sider av disse konfliktene, og vi forplikter oss til at alle skal kunne ha tillit til vår profesjonalitet og nøytralitet i behandling og ivaretagelse av alle våre brukere og medlemmer.»

Dette hadde vært et politisk opprop alle kunne stå inne for.

Til slutt ønsker vi å påpeke at hele 12 psykologkolleger som viser støtte til dette innlegget, ønsker å forbli anonyme. Dette er bekymrende!

NPF har et ansvar for alle sine medlemmer og bør handle innenfor vårt mandat som psykologer og ikke politiske aktivister. Dersom NPF tar stilling i konflikter, og velger bare ett narrativ, ekskluderer de medlemmer og sender et signal til fremtidige klienter om hvilke holdninger de kan regne med å møte. Vi kan ikke oppfattes som så ensidige at vi mister handlingsrommet vårt. For da skyter vi oss selv i foten. ✕

REFERANSER

Norsk Psykologforening. (2023, 11. desember). *Krigen i Gaza*. Psykologforeningen. no. <https://www.psykologforeningen.no/aktuelt/vare-uttalelser-om-krigen-i-gaza>

Røed-Fauske, U. & Hjermann, R. (2023). Menneskeretten brytes i Gaza. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0776>



RAYMOND STANGENES er spaltist i januarutgaven.

Holdninger til psykedelika blant helsepersonell

Behandling med psykedelisk assistert behandling må vurderes kritisk og grundig. Men hvis motforestillinger stopper viktig behandlingsinnovasjon, kan pasienter bli skadelidende.

Det har de siste årene blusset opp en økt oppmerksomhet rundt bruken av psykedeliske substanser, både i behandlings- og forskningsøyemed, og i mer private undergrunnsmiljøer. Denne oppmerksomheten knyttes ofte til anekdoter om mennesker som får «livet endret», samt flere nyere studier som viser den potensielle nytten av bruken av disse substansene for ulike psykiske lidelser. Til tross for positive anekdoter og tilgang på nyere og mer robust forskning er det allikevel stor variasjon i hvilke holdninger psykedelika blir møtt med blant helsepersonell og i helseforetak. Blant forkjemperne omtales disse psykedeliske substansene som «fremtiden», og «gamechangere» innenfor behandling av psykiske lidelser. Blant skeptikerne blir substansene ofte diskvalifisert og fordømt som farlig rus, noe useriøst eller en forbigående trend. Jeg savner en åpen, nøktern og objektiv diskurs om forskning på og behandling med psykedelisk assistert behandling (PAT) blant helsepersonell og i sykehusforetak.

UT PÅ BANEN IGJEN

Historisk satte den amerikanske politiske kampanjen «The war on drugs» et negativt stempel

på alle substanser som ble klassifisert som illegale rusmidler på 70–80-tallet. Stigmaet ble i tillegg underbygget og popularisert av anekdoter om ekstreme tilfeller av personer som inntok LSD i ukontrollerte settinger, samt vitenskapelige påstander om at LSD kunne føre til alvorlig hjerneskade. Sistnevnte påstand har i senere tid blitt falsifisert. Substanser som LSD og senere MDMA ble kriminalisert, stigmatisert og trukket fra forskning. Kriminaliseringen ble gjennomført til tross for at de ble brukt under legitime kontrollerte betingelser, og viste potensiell terapeutisk nytte for behandling av psykiske lidelser (Busch & Johnson, 1950) og avhengighet (Kurland et al., 1967). Det er først de siste årene, støttet av initiativ fra forskermiljø og økt drahjelp fra media, at det har blitt sosialt tolererbart å snakke høyt om psykedelika i offentligheten igjen. Eksempelvis fikk MDMA-assistert terapi stempelet Breakthrough Therapy av amerikanske FDA i 2017, som belyser statusen og tilliten til noen av disse substansene (Feduccia et al, 2019). En nyere studie har i tillegg vurdert at ulike psykedeliske substanser har en lavere risikoprofil sammenlignet med andre rusmidler (Nutt et al., 2010), samt at psykedelika kan ha en posi-

NYE STEMMER

En spalte for ikke-spesialister som tør å mene noe.





Vi har behov for innovasjon innenfor psykisk helsevern ...

tiv sammenheng med mental helse (Carhart-Harris & Nutt, 2013; van Amsterdam et al., 2015; Bouso et al, 2012; Hendricks et al., 2015).

KUNNSKAP GIR ÅPENHET

Til tross for de mer optimistiske bølgene opplever jeg at diskursen rundt PAT fortsatt er preget av stigma. Påstanden er basert på personlige opplevelser og beretninger fra andre helsepersonell som jeg har snakket med. Når jeg har spurt hvordan de opplever åpenheten rundt samtaler om PAT der de jobber, forteller flere om en frykt for å bli satt i en negativ bås av kolleger og ledere. En lege fortalte om blandete reaksjoner i ulike fagmiljøer. Når han ga internundervisning om psykedelika på legekontoret han jobbet på, opplevde han å bli møtt med åpenhet og nysgjerrighet blant kolleger. På den andre siden opplevde han «motstand, frykt, bekymring og lite nysgjerrighet» blant kolleger i rusforskning/allmenntilleggsakademien når psykedelika ble tematisert. En psykolog jeg snakket med, opplevde sanksjoner som å bli oppsagt og meldt til statsforvalter etter at hen formidlet kontakt med og bisto en psykiater som ga ketaminbehandling. Samtidig har jeg snakket med andre helsepersonell som har opplevd åpenhet. Disse historiene er forenlige med kritiske reaksjoner jeg selv har fått for min egen nysgjerrighet, åpenhet og entusiasme rundt PAT. Disse negative holdningene kan være basert på flere faktorer som kriminaliseringen og stigmatiseringen fra 70-tallet, mangel på oppdatert kunnskap, manglende nyansering i oppfatninger rundt ulike typer rusmidler og psykedelika, samt at de fleste psykedeliske substanser fortsatt er kategorisert som illegale rusmidler. At stoffene er illegale, kan henge sammen med en holdning om at inntak av psykedelika er forbundet med problematisk rusmisbruk, og at dette overskygger de mulige terapeutiske gevinstene. En amerikansk studie fra i år viste at helsepersonell som er oppdatert på statusen og kunnskap om PAT, har generelt en mer positiv holdning til PAT enn helsepersonell som ikke har oppdatert kunnskap (Kucsera et al., 2023). Studien indikerer at det kan være en sammenheng mellom kunnskapsnivå og holdninger til PAT blant helsepersonell.

PASIENTER KAN BLI SKADELIDENDE

En faglig forankret kritisk holdning til ny kunnskap er viktig og positivt. Slik kan vi sakte, men sikkert jobbe oss nøkternt mot ny evidensbasert og sikker pasientbehandling. Utfordringen oppstår imidlertid når mangel på kunnskap og personlige holdninger fører til stagnasjon og hindrer en åpen diskurs, videre innovasjon og nye behandlingsmuligheter for pasientene. Eksempelvis meldte Sykehuset Østfold i november 2022 om tidvis sprengt kapasitet for pasienter som ønsket ketaminbehandling for behandlingsresistent depresjon (TV2, 2022). Sykehuset Østfold er per i dag det eneste offentlige sykehuset i Norge som tilbyr ketaminbehandling. En mulig konsekvens av oppfatninger som ikke nødvendigvis er kunnskapsbaserte, kan derfor være at de som lider, må lide lenger enn nødvendig i påvente av at svært innarbeidede holdninger skal endre seg.

Vi har behov for innovasjon innenfor psykisk helsevern, særlig innen behandling av visse pasientgrupper som erfaringsvis er vanskelige å behandle eller blir kategorisert som behandlingsresistente. PAT fremstår som en potensiell ny teknologi i behandling av psykiske lidelser, som kan nå pasientene på en annen måte gjennom en ny form for behandlings-

modalitet. Men mangel på oppdatert kunnskap og eksisterende stigma hindrer åpne, nysgjerrige og objektive diskurser mellom helsepersonell og mellom helseforetak. En endring av holdninger gjennom formidling av oppdatert kunnskap og objektive diskurser kan stimulere

til økt forskning, innovasjon og behandling for de pasientene som trenger noe annet enn konvensjonell behandling. Vi har blitt flere helsepersonell som ser mulighetene og håpet som PAT kan gi pasientene. ✕

REFERANSER

- Bouso, J. C., González, D., Fondevila, S., Cutchet, M., Fernández, X., Ribeiro Barbosa, P. C., Alcázar-Córcoles, M. Á., Araújo, W. S., Barbanoj, M. J., Fábregas, J. M. & Riba, J. (2012). Personality, psychopathology, life attitudes and neuropsychological performance among ritual users of ayahuasca: A longitudinal study. *PLoS ONE*, 7(8), e42421. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0042421>
- Busch, A.K & Johnson, W.C. (1950). L.S.D. 25 as an aid in psychotherapy; preliminary report of a new drug. *Diseases of the Nervous System*, 11(8), 241-3. PMID: 14793387.
- Carhart-Harris, R. L. & Nutt, D. J. (2013). Experienced drug users assess the relative harms and benefits of drugs: A web-based survey. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(4), 322-328. <https://doi.org/10.1080/02791072.2013.825034>
- Feduccia, A. A., Jerome, L., Yazar-Klosinski, B., Emerson, A., Mithoefer, M. C. & Doblin, R. (2019). Breakthrough for trauma treatment: Safety and efficacy of mdma-assisted psychotherapy compared to paroxetine and sertraline. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 650. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00650>
- Hendricks, P. S., Johnson, M. W. & Griffiths, R. R. (2015). Psilocybin, psychological distress, and suicidality. *Journal of Psychopharmacology*, 29(9), 1041-1043. <https://doi.org/10.1177/0269881115598338>
- Kucsera, A., Suppes, T. & Haug, N. A. (2023). Psychologists' and psychotherapists' knowledge, attitudes, and clinical practices regarding the therapeutic use of psychedelics. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, cpp.2880. <https://doi.org/10.1002/cpp.2880>
- Kurland, A. A., Unger, S., Shaffer, J. W. & Savage, C. (1967). Psychedelic therapy utilizing lsd in the treatment of the alcoholic patient: A preliminary report. *American Journal of Psychiatry*, 123(10), 1202-1209. <https://doi.org/10.1176/ajp.123.10.1202>
- Nutt, D. J., King, L. A. & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)
- TV2. (2022, 13. november). *Psykedelisk behandling mot depresjon*. <https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/pasienter-kommer-fra-alle-kaner-avlandet/15263145/>
- van Amsterdam, J., Nutt, D., Phillips, L. & Van Den Brink, W. (2015). European rating of drug harms. *Journal of Psychopharmacology*, 29(6), 655-660. <https://doi.org/10.1177/0269881115581980>

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

DELTA I DEBATTEN

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

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

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

HOVEDKRONIKK

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

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

Inntrykk

Essay og anmeldelser

ANMELDT: BOK

Engasjerende og eksistensielt om meningsløshetens psykologi

Malkomsen etterlyser en humanistisk revolusjon i klinisk psykologi – men kunne med fordel gjort seg til bedre venn med Viktor Frankl.



BOK *Hva er poenget?*
Om meningsløshetens psykologi og eksistensielle samtaler

FORFATTER Anders Malkomsen

ÅR 2023

FORLAG

Fagbokforlaget

SIDER 184

ANMELDT AV

Olga Lehmann,
Universitetet i Stavanger og Hroar Klempe, NTNU

GJENNOM FLERE HUNDRE år har filosofien utforsket forholdet mellom livsvilkår og de verdier som gjør livet verdt å leve. Mening står helt sentralt i all vår aktivitet, enten det er rutinearbeid, fritid eller hva enn vi holder på med. Men hva med dem som ikke finner mening? Er det her vi finner kjernen av de psykiske lidelsene som har fått mest oppmerksomhet i vår tid? Nei, ikke nødvendigvis, hevder psykiateren Anders Malkomsen i boken *Hva er poenget?*

Allerede tittelen oppsummerer i hovedsak budskapet i boken, nemlig at livet først og fremst består av uoverkommelige paradokser vi er nødt til å leve med. «Hva er poenget?» kommuniserer minst to selvmotsigende dimensjoner samtidig. På den ene siden signaliserer den at vi nødvendigvis må ha et poeng med det vi sier eller gjør, men på den andre siden kommuniserer den også en meningsløshet i det meste av det vi gjør. Gjennom de siste sidene fokuserer boken sterkt på at man slett ikke *trenger* å få en mening ut av alt man gjør. I stedet fremhever den betydningen av å være fri fra meningstyranniet. Samtidig forteller den oss at løsningen ikke ligger bare der. Den ligger vel så mye i å endre perspektiver, se både seg selv og sitt liv utenfra og fra mange ulike vinkler.

TVINGER LESEREN TIL Å TENKE

Boken er skrevet i enkelt språk og inneholder mye livsvisdom. Den inneholder eksempler fra livet selv, fra mer eller mindre konstruerte dialoger mellom mennesker og fra skjønnlitteraturen. Det siste gjelder så vel verdenslitteraturen som den helt lokale, der både Prøysen, Pessoa og Proust og mange flere blir brukt til å illustrere livets mangslungne gåter ved hjelp av snertne sitater og uforutsigbare innfallsvinkler. Denne formen gjør at leseren blir både engasjert og nødt til å tenke igjennom to ganger hva dette i det hele tatt dreier seg om.

Og med denne tvangen til å sette seg inn i nye perspektiver og samtidig tenke seg om opp til flere ganger, blir leseren også bragt rett inn i kjernen av bokens hovedbudskap: Stress ned jaget etter mening! Mer komplisert er budskapet faktisk ikke, fordi løsningen på meningsløshetens problem er å nå fram til meningsfrihet.

Likevel er det ikke noen lettvinnt løsning boken kommer med. Tvert imot må den leses som en kritikk av en rekke terapier som forsøker å finne de enkleste løsningene på de ulike psykiske problemene. Det er på dette grunnlaget den eksistensielle innfallsvinkelen i realiteten blir et hovedbudskap i boken. Det er nemlig

ikke bare pasienten som må skifte perspektiv for å kunne få mening i livet. Også terapeuten må skifte perspektiv for å kunne skjønne at det faktisk er pasienten selv som må komme frem til hvordan meningsløsheten paradoksalt nok kan fremstå som meningsfull.

ET RADIKALT PERSPEKTIV

Boken argumenterer for en langt tettere forbindelse mellom klinisk psykologi og filosofi. Men målsettingen er enda mer radikal siden den i realiteten etterlyser en humanistisk og eksistentiaalistisk revolusjon i norsk klinisk psykologi og psykiatri. I Norge har man et ganske distansert forhold til den internasjonale utviklingen som har funnet sted innen humanistisk og eksistentiaalistisk psykoterapi de siste tiårene. Malkomsens bok er derfor et svært velkomment bidrag til å løfte det noen av oss lenge har prøvd å bringe inn i den norske psykoterapiens virkelighet.

Når dette er sagt, er det en rekke detaljer i boken som lar seg diskutere, og som kanskje ikke er helt presise. Det er også en del kategoriske utsagn som det fort kan stilles spørsmålstegn ved – ikke minst når det for eksempel hevdes at «Anoreksi kan ses som en økt sensitivitet for kropp, men også for ansvar og frihet» (s. 28). At det sies «kan», modererer riktignok utsagnet, men det er fort gjort å la det henge igjen som svaret med stor S. Det er riktignok noen som vil være enige i at «Angst er motsatsen til depresjon, selv om de ofte opptrer sammen» (s. 26). Kierkegaard er kanskje en av dem, men han ville eventuelt lagt langt mer vekt på «grunnvilkårene» for mennesket enn de som blir skissert i denne boken. Disse utsagnene kunne med fordel vært mer nyanserte og satt mer i kontekst.

MISFORSTÅELSE AV FRANKL

Det er i det hele tatt en amerikansk tradisjon som preger Malkomsens bok, og denne kunne

gjærne vært supplert med klassiske kilder fra Europa. Viktor Frankl er en av disse. Han er riktignok nevnt, men det er mest gjennom tittelen på hans kanskje mest berømte bok; *Livet må ha mening*. Når denne i tillegg blir presentert som om den står i en viss motsetning til hovedbudskapet i boken, nemlig det å frigjøre seg fra mening, så fremstår dette som en misforståelse av Frankl. Mening i livet er et prinsipp som må ses i lys av to andre prinsipper: den frie vilje og vilje til mening. Om man tar disse prinsippene med, blir resultatet ganske likt hovedpoengene i boken, nemlig at man er helt fri til å frigjøre seg fra jaget etter mening, noe som kan knyttes an til Frankls konsept om tragisk optimisme. For mange vil nettopp dette være det som skal til for å gjøre livet som sådan meningsfylt.

Når det gjelder Frankl, publiserte han 39 vitenskapelige bøker om logoterapi og eksistentiaalistisk analyse. Dessverre finnes få av disse på norsk. Siden en av anmelderne her også har studert Frankls teori i mange år, er det grunn til å minne om at ganske mye av det Malkomsen behandler i denne boken, er det sagt mye klokt om av nettopp Frankl. For eksempel at mening ikke er så objektivt som man skulle tro, at man kan finne meningen i konkrete valg og verdier, og at holdninger i form av aksept av uunngåelig lidelse kan fremme psykisk helse. Men man kan ikke forvente at alle kilder er inkludert i denne første utgaven av boken. Vi ser boken som en god praktisk introduksjon til eksistentiaalistisk psykoterapi. På en svært overbevisende måte viser den at psykoterapien i Norge bør gå gjennom et perspektivskifte. Kanskje Malkomsen til og med kan bli venner med Frankl i en neste utgave av boken? ❌



Boken er skrevet i enkelt språk og inneholder mye livsvisdom

Vil du anmelde i Psykologtidsskriftet?

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

Redaksjonen bistår med å skaffe anmeldereksemplarer.

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

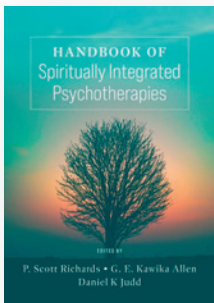
Kontakt oss for mer informasjon redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Skriv for oss/anmeldelser:



Mer psykoterapi mellom himmel og jord

En inspirerende bok om spiritualitet i psykoterapi, med noen nordiske blindflekker.



BOK *Handbook of Spiritually Integrated Psychotherapies*

REDAKTØRER P. Scott Richards, G. E. Kawika Allen & Daniel K. Judd

ÅR 2023

FORLAG American Psychological Association

SIDER 473

ANMELDT AV Lars Mandelkow, Ansgar høyskole

MENS JEG SOM tysk psykoterapeut og teolog skrev min doktorgrad om eksistensielle spørsmål i norsk psykoterapi, lærte jeg (blant annet) at Norge er spesielt: En nesten heldekkende kirkelig historie har skapt en rikdom av tradisjoner – som for mange er viktige også i dag – men samtidig en grobunn for «bedehus-traumer». I Norges politiske utvikling står den sekulære staten såpass sterkt at utdanningen og helsevesenet bevisst holder seg unna innblanding i spørsmål om livssyn og religion. I tillegg er nordmenn svært høflige og ingen ønsker å trække en annen på tærne, særlig ikke hvis tåen er hellig. Kombinasjonen av disse unike faktorene kan være en grunn til at religiøsitet og spiritualitet nesten ikke dekkes i norsk psykologutdanning, og sjeldent adresseres i klinisk hverdag (Mandelkow et al., 2021; Mandelkow & Reme, 2022). Den amerikanske psykologforeningen (APA) har til sammenligning kommet langt. I forskning og praksis har det blitt utviklet, evaluert og videreutviklet en rekke konsepter og metoder som kommer både pasienter og terapeuter til gode. Et av de største verk er kanskje *APA Handbook of Psychology, Religion, and Spirituality* (Pargament et al. 2013). Nå er det altså kommet ut en ny bok om ulike former for psy-

koterapi som integrerer religion og spiritualitet på ulike måter og i diverse kontekster. Åtten forfattere, nesten utelukkende fra USA, skriver om det de er eksperter på, og mye er spennende lesing.

PRAKTISK FORANKRET TEORIMANGFOLD

Boken har fire deler. Etter et innledende kapittel om hvorfor spiritualitet og religion bør vies oppmerksomhet i psykoterapi, både som ressurs og som kilde til pasientenes problemer, presenterer den første delen åtte konsepter for spirituelt integrerende terapi som dekker psykologiske hovedretninger og noen store navn innen religionspsykologisk forskning i USA. Pargament og Exline skriver om «spiritual struggles». Sandage og Stavros presenterer en psykodynamisk «relational spirituality model». Det fins et kapittel om adferdsterapeutisk gruppebehandling og et om tilknytningsteoretisk individualterapi. De ulike oversiktskapitlene er ikke like lettleste, men alle kommer med solide referanser, evidens og kliniske eksempler. Leseren blir introdusert for ulike strategier for å integrere spiritualitet i behandling. Noen velger kirkelige rom og kontakt med prester for å skape tillit til psykologiske interven-

sjoner i religiøse kontekster, andre åpner for religiøse temaer i en klinisk kontekst. Andre igjen adresserer religiøst innhold direkte (og på en ganske unorsk, provokativ måte) gjennom nytolkninger av tradisjonelle religiøse trossetninger slik at de for eksempel oppleves mindre undertrykkende.

FOR SPESIELT INTERESSERTE

Mens del én inneholder tilnærminger som er åpne for ulike religioner og kulturer, fokuserer del to på spesifikke religiøse grupper som kanadiske asiater, polynesiske urbefolkning eller sufi-mystikere. Kapitlene viser mangfoldet i feltet, men mye er nok for spesielt interesserte. På grunn av den amerikanske forankringen mangler boken selvfølgelig kapitler om psykoterapi og samisk tro. Det vil si at vi har en tilsvarende norsk bok til gode. Mye er allikevel spennende, for eksempel kapitlene om en islamsk ontologisk modell, eller om hvordan israelske psykoterapeuter prøver å svare på religiøse og spirituelle behov i et samfunn som er utsatt for høy spenning med hensyn til livssyn, og hvordan religiøse terapeuter prøver å forsone ortodoks religion og psykologi.

Det samme gjelder del tre. Her adresseres spesifikke målgrupper som krigsveteraner med PTSD og pasienter i fengsel. Men også partterapi omtales, og den kjente psykologen Everett Worthington skriver om tilgivelse som basis for en metode («REACH forgiveness») som kan brukes i mange ulike sammenhenger.

Del fire omfatter bare ett kapittel, men (det er verdt å få med seg. P. Scott Richards, en av bokens redaktører, og hans kollegaer, presenterer i detalj hvordan de legger til rette for psykoterapeuter, sosialarbeidere, familierapeuter og forskere som vil lære mer om spiritualitet og religion i psykisk helsebehandling.

NORDISK SPIRITUALITET

Det som er mest interessant for norske psykologer, er kanskje det som ikke står i boka, nemlig hvordan konsepter og modeller som har vist seg nyttige og effektive i USA, kan tilpasses slik at de også kan brukes i et mangfoldig og på mange måter sekulært samfunn, med dype røtter i protestantismen. Norge er annerledes, og mye som kan tas for gitt i amerikansk kultur gjelder ikke på samme måte i Skandinavia eller Nord-Europa – for en bred innføring i dette anbefales boken *Religionspsykologi* (Danbolt et al., 2014). Ordet «spiritualitet», for eksempel, er langt mindre uproblematisk i Norge enn i USA. Skandinaviske pasienter og terapeuter er mer mottakelig for refleksjoner rundt «det eksistensielle», som inkluderer og overgår det spirituelle og det religiøse (Hvidt et al., 2022). Heldigvis fins det også her til lands aktive forskere, for eksempel tilknyttet Forskningscenter for eksistensiell helse ved Sykehuset Innlandet, som inviterer til en årlig konferanse. Der er det bare å hive seg på og diskutere denne boken. Og alt annet mellom himmel, jord og psykoterapi. ❌



Det som er mest interessant for norske psykologer, er kanskje det som ikke står i boka

REFERANSER

- Danbolt, L. J., Engedal, L. G., Stifoss-Hanssen, H., Hestad, K. & Lien, L. (2014). *Religionspsykologi*. Gyldendal akademisk.
- Hvidt, N. C., Assing Hvidt, E. & la Cour, P. (2022). Meanings of «the existential» in a Secular Country: A Survey Study. *Journal of Religion and Health*, 61(4), 3276–3301. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01253-2>
- Mandelkowitz, L., Frick, E., Büssing, A. & Endresen Reme, S. (2021). Norwegian psychotherapy: religiosity gap and spiritual competence. *Journal of Spirituality in Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/19349637.2021.1938343>
- Mandelkowitz, L. & Reme, S. E. (2022). Religious Sensitivity at Secular Universities—A Cross-Sectional Replication Study among Norwegian Psychology Students. *Nordic Journal of Religion and Society*, 35(1), 4-19. <https://doi.org/10.18261/njrs.35.1.1>
- Pargament, K. I., Exline, J. J., & Jones, J. W. (2013). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1): Context, theory, and research*. American Psychological Association.



Skam – en komplisert følelse

Få følelser splitter fagfolk i like stor grad som skamfølelsen. Dette bokessayet redegjør for skammens konstruktive og destruktive sider ved hjelp av en ny fagbok om temaet.

Det har de senere årene vært skrevet en rekke gode fagessay om skam her i tidsskriftet (Engelstad, 2018; Gull-estad, 2020; Landmark, 2018). Dette kulminerte høsten 2020, hvor det fremkom en del faglige uenigheter om hvorvidt vi kan forstå skam som en utelukkende uønsket, maladaptiv og ødeleggende følelse, eller om den også kan ha noen positive og nødvendige kvaliteter (Halvorsen, 2020; Popovac, 2020a, 2020b, 2021; Sinding, 2020). Det er per i dag heller ikke konsensus om hvorvidt skam skal forstås som en primær, neurobiologisk forankret følelse (Izard, 2007; Nummenmaa et al., 2018; Schore; 1998), om skamfølelsen krever selvbevissthet (Broucek, 1991; Lewis, 1992, 2008; Muris & Meesters, 2014), og ikke minst om vi trenger skammen for å fungere som relasjonelt kompetente individer og samfunnsborgere (Greenwald & Harder, 1998; Izard, 1991; Nathanson, 1992). De fleste kliniske psykologer vil være enige i at destruktiv, toksisk skam er et tegn på psykisk uhelse (DeYoung, 2015; Gilbert & Andrews, 1998). Spørsmålet er vel snarere om vi også kan argumentere godt for at skambegrepet rommer flere nyan- ser enn dette, inkludert noen konstruktive ele- menter, noe som vil bli nærmere belyst i dette essayet.

Carsten René Jørgensen, professor i psyko- logi ved Århus universitet, kom i 2023 med en over 400 sider lang fagbok viet skam – et gan- ske ambisiøst og for mange lesere kjærkom- ment prosjekt. Jørgensen har en rekke publi- kasjoner bak seg som blant annet omhandler identitet og identitetsforstyrrelser, personlig- hetsforstyrrelser, ADHD, samt psykoterapi og psykoterapeutisk holdning. Han setter ofte psykiske lidelser i sammenheng med aktuelle strømninger i det senmoderne vestlige sam- funn, slik han blant annet gjorde det i *Dan- mark på Briksen* fra 2012, og som han også gjør i sin siste bok *Skam – I spændingsfeltet mellem moralsk kompas og psykisk lidelse* (2023).

I denne boken forsøker Jørgensen å belyse fenomenet skam fra en rekke ulike synsvin- kler. Han argumenterer for at skam både har konstruktive og destruktive sider. Jørgensen utdyper hvordan skam kan forstås både som en intrapsykisk affekt og som et relasjonelt og sosiokulturelt fenomen som strekker seg ut over enkeltindividet og inngår som en regulerings- mekanisme mellom mennesker, i det sosiale fel- lesskap og i vår kultur. Denne sistnevnte dimen- sjonen blir ofte utelatt eller nedtonet i diskursen omkring følelser som skam når (kliniske) psyko- loger utforsker skammens fenomenologi. »

TEKST Tone Normann-Eide, Nydalen DPS, Oslo universitetssykehus, klinikk for psykisk helse og avhengighet

KONTAKT
normanneide71@
gmail.com

Den individualiserte og internaliserte skammen – som en moralsk-etisk følelse – er ifølge Jørgensen sammenvevd med de til enhver tids gjeldende sosiale og kulturelle føringene vi er omgitt av. Skam inngår med andre ord som en sentral og nødvendig del av det å være menneske. Skammen involverer en form for selvbevissthet, inkludert en evne til å se seg selv utenfra, med den andres (dømmende) blikk. Skamfølelsen er i så måte en uunngåelig konsekvens av menneskets selvrefleksivitet og evne til å betrakte seg selv fra andres perspektiv (Sartre, 1943/1980). Alle mennesker som er i stand til å reflektere over hvordan vi blir oppfattet av andre, vil derfor kjenne på skam i større eller mindre grad. Fordi vi i kraft av vår menneskelighet alltid vil stå i spennet mellom en lengsel etter tilknytning og tilhørighet på den ene siden og lengsel etter frihet og autonomi på den andre siden, vil skammen kunne hjelpe oss å balansere mellom henholdsvis tilpasning og underkastelse til fellesskapets normer og det å skulle tøyne grenser og tre frem som enkeltindivid og dermed risikere å gjøre seg til gjenstand for gruppens sanksjoner eller påføring av skam.

I det følgende vil jeg med utgangspunkt i Jørgensens bok gå mer i dybden på noen aspekter ved skammens fenomenologi, og fokusere på skammens konstruktive og destruktive krefter for enkeltindividet og i samfunnet.

DEN KONSTRUKTIVE OG DESTRUKTIVE SKAMMEN

Jeg er like overbevist som Jørgensen om at skam er en nødvendig del av menneskets værenbetingelser som et sosialt og relasjonelt vesen, selv om skammen åpenbart også har noen problematiske sider. I kapittelet om skam i min egen bok, *Følelser – kjennetegn, funksjon og følelser* (Normann-Eide, 2020), gjør jeg et poeng ut av at skam, som alle andre selvregulerende følelser, både kan ha konstruktive og mer destruktive sider som kan ramme oss med litt ulik intensitet og varighet. Den *konstruktive* skammen er episodisk og kommer og går som en bølge i spesifikke situasjoner. Denne skamaktiveringen har en regulerende funksjon på eksponeringsbehovet til enkeltindividet, men uten at selvet destabiliseres over tid, eller at det fører til selvkollaps, selvutslettelse eller tap av selvverdi, som Popovac (2020a) hev-

der at all skam handler om. Den *destruktive* skammen derimot er en mer kronifisert skam som rammer selvet med enorm kraft, og som kan resultere i fremmedgjøring, tilbaketrekning og selvdestruktive forsvarsmekanismer, alternativt til utagerende raseri og vold. Den destruktive skammen dominerer selvfølelsen over tid og er vanskelig å korrigere fordi den indre, skamdrevne virkeligheten fargelegger den ytre virkeligheten i så stor grad at evnen til å se seg selv med alternative farger og nyanser blir alvorlig svekket. Den destruktive skammen er en skam på avveie, det jeg omtaler som skammens vrangsider.

DEN KONSTRUKTIVE SKAMMENS SELV-REGULERENDE FUNKSJON

Skam er en hemmende følelse som trekker oss ned. I sin milde form kan skamfølelsen minne oss om våre begrensninger som menneske og regulere våre narsissistiske behov: *Jeg er bare et vanlig, feilbarlig og utilstrekkelig menneske – akkurat som alle andre*. Det vil for mange være en ubehagelig eller smertefull erkjennelse, men uten at det trenger å være destruktivt, snarere tvert imot; det kan bidra til at vi gir slipp på et umodent oppmerksomhetsbehov eller en desperat jakt etter anerkjennelse.

God skamtoleranse inngår som et karaktertrekk eller en dyd som stimulerer til respekt, ydmykhet og tilbakeholdenhet, men uten å nødvendigvis ramme vår generelle psykiske trivsel og indre balanse. Jørgensen skriver om hvordan den konstruktive skammen beskytter vår menneskelighet og anstendighet og stimulerer til diskresjon og hensynstagen til vår egen og andres integritet, noe som er nødvendig for at mellommenneskelige relasjoner og fellesskap skal fungere. Den konstruktive, sunne og avgrensede skammen kan motivere oss til selvforbedring og korreksjon av egen væremåte og atferd. Dette innebærer en særlig sensitivitet for hvordan vi bør fremstå og oppføre oss, at vi har antennene ute, noe som i passende doser sikrer god tilpasning, men som i overdrevne doser kan medføre overtilpasning og underkastelse.

Den konstruktive skammen hemmer unødig eksponering av selvet eller unødige krenkelser av andre. Samtidig begrenser den menneskets



BOK *Skam – I spændingsfeltet mellem moralsk kompas og psykisk lidelse*

FORFATTER Carsten René Jørgensen

SPRÅK Dansk
ÅR 2023

FORLAG Hans Reitzels Forlag

SIDER 443

individuelle frihet og mulighet til å utvikle seg og utfolde seg hemningsløst uten overjegets klamme, begrensende hånd, for eksempel hva gjelder seksuelle lyster og preferanser, grådighet og behov for dominans.

Skammen hindrer oss i å bli *for* mye, ta *for* mye plass, blamere oss – samt bidrar til å regulere overskridelser av egne og andres integritet og intimitetsgrenser. I motsatt fall vil skamløshet – kanskje som en kompensering for en underliggende skam – kunne resultere i et overdrevent oppmerksomhetsbehov som kan lede inn i kroppslig, seksuell eller emosjonell grenseløshet, blottleggelse eller overeksponering, noe vår tids realityshow kan være et uttrykk for. Grunnen til at de fleste av oss tross alt *ikke* deltar i selvtleverende realityshow, kan være at vi har tilgang til en konstruktiv skam: Det å kjenne på frykten for å være uønsket, at vi kan miste vårt gode navn og rykte, at vi risikerer å bli uthengt, hånet og latterliggjort eller bli støtt ut av fellesskapet, er en del av skammens preventive funksjon. Å stikke seg frem er et risikofylt prosjekt for de av oss som setter tilhørighet og fellesskap foran egoets lengten etter stjerneglans.

DEN DESTRUKTIVE SKAMMEN: VÅR INDRE DEMON

Den destruktive skammen omhandler et bredt spekter av skammens vrangsider. Jørgensen skriver om hvordan den destruktive skammen er kvelende for livsutfoldelsen og skaper psykisk ubalanse og lidelse. Til forskjell fra den konstruktive, episodiske skammen der vi midlertidig blir satt ut av balanse for deretter å gjenfinne oss selv som verdifulle mennesker, har den destruktive skammens stemme overtatt en persons indre liv som en alltid tilstedeværende dommer. Noen ganger bare som en svak mumling i bakgrunnen, andre ganger med en overdøvende kakofoni. Den kronifiserte og destruktive skammen er vanskelig å regulere og ligger som en smertefull, ikke-mentalisert understrøm som rammer selvbildet hardt i form av grunnleggende antagelser om å være ødelagt, feil, mangelfull, udugelig, dum, betydningsløs, latterlig, frastøtende, uønsket og ikke verdt å elske (DeYoung, 2015). Skammens demoniske stemme angriper selvet innenifra, samtidig som den gir en opplevelse av å føle seg overvåket, vurdert eller forfulgt av den andres kritiske og fordømmende blikk, et blikk som det er umulig å gjemme seg for eller slippe unna. Destruktiv skam kan dermed prege de nære relasjonene våre og ramme den grunnleggende tilliten vår til verden fordi *de andre kommer til å skade, dømme, ydmyke eller forkaste meg*. Dette vil igjen kunne stå i veien for en genuin kontakt med andre mennesker.

ULIKE FORMER FOR DESTRUKTIV SKAM

Vi klinikere møter definitivt mest av den destruktive skammen i terapirommet, der skammen har fått dypt fotfeste og dominerer personens blikk på seg selv og andre. Her har det «onde objekt» – den kritiske, avvissende, latterliggjørende og ydmykende andre – blitt internalisert til et «jeg-destruktivt super-ego» (Bion, 1959), en indre kritiker eller sabotør som utgjør en altoverskyggende, livshemmende og vitalitetsdrepende kraft i pasientens liv. Den vedvarende, destruktive skammen kan gi seg utslag i psykiske lidelser som spiseforstyrrelser, selvdestruktiv atferd, »



... den destruktive
skammens stemme
[har] overtatt en persons
indre liv som en alltid
tilstedeværende dommer

traumelidelser og personlighetsforstyrrelser (Buchman-Wildbaum et al., 2021; Fjermestad-Noll et al., 2020; López-Castro et al., 2019; Nechita et al., 2021; Ritter et al., 2014; Sheehy et al., 2019). Destruktiv skam kan bevege seg i to ulike retninger: som internaliserte eller eksterne reaksjonsformer. Den *internaliserte* skammen tar form av massiv selvkritikk, selvskading, tilbaketrekning eller isolasjon, mens den *eksternaliserte* skammen kan føre til manglende impulskontroll, raserianfall og utagerende atferd.

Jørgensen skriver utførlig om hvordan vi kan jobbe med den destruktive skammen i terapirummet ut ifra en del overordnede prinsipper. Disse omhandler blant annet den terapeutiske holdningen og evnen til å etablere, håndtere og vedlikeholde en følelsesmessig kontakt med pasienten. Gjennom relasjonen til en interessert, respektfull, empatisk og validerende terapeut som kan tilby et trygt og forutsigbart rom for utforskning, vil den destruktive skammen gradvis kunne avgiftes.

Selv om Jørgensen her inntar et transdiagnostisk og transmetodisk utgangspunkt for hvordan vi kan behandle destruktiv skam i en dyadisk pasient-terapeut-relasjon, skinner det tydelig igjennom at han har sin bakgrunn fra psykodynamisk og mentaliseringsbasert tenkning og behandling av personlighetsforstyrrelser. Dette er en pasientgruppe der den destruktive skammen er særlig fremtredende og skadelig. Etter å ha jobbet i personlighetsfeltet i snart 20 år har jeg også selv vært vitne til hvordan den destruktive skammens kraftfelt kan suge selvaksepten og livsenergien ut av mennesker med unnvikende personlighetsforstyrrelse, eller lede til selvdestruktivitet og relasjonelle dramaer hos mennesker med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (BPD). Nyere forskningsfunn underbygger antagelsen om at nivåer av skam er markant høyere ved BPD sammenlignet med kontrollpersoner (Buchman-Wildbaum et al., 2021). Her blir deres impulsdrivne selvdestruktive atferd eller raseriutbrudd forstått som uhensiktsmessige måter å håndtere smertefulle følelser på, som skam, blant annet basert på den intense, smertefulle opplevelsen – forestilt eller reell – av å bli avvist eller forlatt. I henhold til dette er det mye som tyder på at desto mer alvorlig grad av BPD, desto større innslag av destruktiv skam, og større risiko for selvskading og selv-

mordsatferd, samt lavere psykososial funksjon (Cameron et al., 2020, 2021). Tilsvarende vil mennesker med unnvikende personlighetsforstyrrelse preges av en konstant opplevelse av å ha den andres kritiske og dømmende blikk hengende over seg, noe som igjen medfører sosial tilbaketrekning og store problemer med emosjonell nærhet (Currie et al., 2017; Schoenleber & Berenbaum, 2010). Her fungerer unnvikelsen som en selvbeskyttende strategi for å unngå smertefull og uutholdelig skam (Normann-Eide, 2020).

NARSISSISME, AGGRESJON OG SKAMLØSHET

Destruktiv skam kan også komme til uttrykk som fravær av skam, der skammen er avspaltet og tilsynelatende totalt fraværende. Dette kan føre til utadvendt forakt, misunnelse, devaluering av andre, aggresjon og raseri. Disse eksterne eller sekundære følelsene kan dermed forstås som forsvarsstrategier som anvendes på et ubevisst nivå i et forsøk på å stabilisere et fragilt selv som kan kollapse totalt hvis det overveldes av skam (Kohut, 1972; Scheff, 1987). Det narsissistiske raseriet forstås ofte som et forsvar mot en underliggende skam fordi det gjerne kommer som en følge av opplevde krenkelser av selvet. Personen føler seg berettiget til å gå til angrep som følge av de grandiose forestillingene som de har om sin rettmessige plassering i verden.

Skamløshet kan bli svært skadelig i mellommenneskelige relasjoner. Hvis den skamløse blir likegyldig til hvordan han blir oppfattet av andre, kan det føre til en selvrettferdighet eller berettigelse til å såre, krenke, ydmyke og skade andre. Skamløshet kan også resultere i en «instrumentalisering» av relasjoner, der de andre tjener til å bekrefte og stabilisere selvet og dermed holder en underliggende, ikke-erkjent skam i sjakk. Manglende tilgang på skam forbindes ofte med dyssosial atferd og maligne former for narsissisme, inkludert å overskride andres grenser eller mer generelt å bryte med samfunnets normer og regler, som å lyve, snyte andre, rane til seg goder, voldta og drepe. Eksempelvis vil mennesker med antisosial eller narsissistisk personlighetsforstyrrelse ikke la seg hemme av skammens korrigerende stemme. De kan der-

for opptre hensynsløst og utnytte andres tillit etter eget forgodtbefinnende (Normann-Eide, 2020). Skamløshet er tett forbundet med manglende empati, svekket mentaliseringsevne og likegyldighet overfor andres ve og vel. Med andre ord kan manglende tilgang på skam være svært skadelig i nære relasjoner og for samfunnet for øvrig.

SKAMMEN I SAMFUNNET

Til tross for skammens åpenbare destruktive vrangsider er den også ufravikelig sammenvevd med vårt sosiale og kulturelle selv. Jørgensen vier mye av sin bok til å utforske hvordan skammen griper inn i livet vårt både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå. Han viser hvordan skammen fargelegger våre kulturelle og religiøse normer for moral og anstendig oppførsel i det sosiale rom. Den konstruktive skammen er ifølge Jørgensen en nødvendighet og kanskje også en forutsetning for å kunne tilpasse oss fellesskapets overordnede normer og regler. Den bidrar til å regulere menneskets atferd slik at vi kan bevare et sivilisert samfunn basert på en moralsk-etisk kodeks som de fleste kan enes om, og som ivaretar en sosial orden og sikrer stabilitet i samfunnet. Dette innebærer at enkeltindividets behov tidvis må ofres for at samfunnets moralske og sosiale orden skal bestå. Baksiden av medaljen er når utskamming anvendes for å undertrykke andre, noe Jørgensen også vier mye plass til i sin bok. Eksternalisert skam vil kunne lastes over på den andre gjennom forakt, ydmykelser og diskriminering av enkeltpersoner eller stigmatiserte grupper. Han utforsker hvordan sosiale medier kan gi enkeltmennesker med en uerkjent og destruktiv skam en arena der de kan forvandle sin egen skam til aggresjon og hatefulle angrep på sårbare andre. Den uerkjente skammen kan også bidra til at enkeltmennesker finner tilhørighet i populistiske bevegelser eller radikaliserede miljøer. Det mest groteske eksempelet på dette er de kontrollmekanismene som utspiller seg i såkalte æreskulturer (noen ganger også omtalt som skamkulturer), hvor det begås æresdrap hvis noen har brutt den moralske kodeksen. Det males frem et skremmende virkelighetsbilde, som virker intuitivt sant. Ikke-erkjent skam kan paradoksalt nok gi makt.

Igen ser vi denne dobbeltheten mellom skammens konstruktive og destruktive sider: Vi kan ikke velge den bort, til tross for dens inngripende tilstedeværelse i livet vårt. Og for å slutte opp under Jørgensens prosjekt: Så lenge skammen er erkjent, tålt og er til stede i passende doser, kan den spille en konstruktiv rolle for enkeltindivid og samfunn. Det er den uerkjente, undertrykte, omdannede eller overveldende skammen som kan bli skadelig eller farlig. En økt bevisstgjøring omkring skammens fenomenologi, inkludert dens sterke relasjonelle og gruppepsykologiske mekanismer, gjør ifølge Jørgensen at vi kan gjennomskue og utvikle en motstandskraft overfor dens destruktive krefter. Dette kan også innebære en økt erkjennelse av at vår egen selvforherligelse, forakt for andre, konstruksjon av fiendebilder eller raseri mot «systemet» kan være drevet av en underliggende skamfølelse. Først når jeg kan eie min egen skam, kan jeg åpne opp både for annerledeshet og likestilling. Det er en besnærende tanke.

EN BOK Å BLI KLOK PÅ

Jørgensens redegjørelse om skam bringer kanskje ikke så mye nytt til torgs. Her er få kontroversielle utsagn eller overraskelsesmomenter. Han vektlegger skammens relasjonelle og sosiale funksjon og nedtoner skam som en biologisk, evolusjonsmessig fundert affekt, noe som for enkelte lesere kanskje vil være en mangel ved boken. Han bruker også lite plass på utviklings- og tilknytningsperspektiver på skam, noe som for meg ble et savn i et såpass omfangsrikt verk. Jeg opplever også at Jørgensen gjen- tar seg selv en del, og teksten blir noe repetitiv. En redaktør kunne med fordel ha strammet inn teksten betydelig. Når det er sagt: Lykkes Jørgensen i sitt prosjekt? I høyeste grad. Han skal ha honnør for å ha samlet en så mangfoldig fremstilling av skam mellom to permer. Måten han trekker veksler på ulike fagdisipliner på, som filosofi, sosiologi, sosialantropologi, skjønnlitteratur, kulturanalyse og psykologi, gir et rikt og nyansert bilde av skammens mange fasetter og tilfører boken både tyngde og troverdighet. Jeg tror jeg har blitt litt klokere. Kanskje har jeg også kommet nærmere min egen skam, og dermed fått muligheten til å bli et litt bedre menneske. ✕



Baksiden av medaljen er når utskamming anvendes for å undertrykke andre

REFERANSER

- Bion, W. R. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psychoanalysis*, 40, 308–315.
- Broucek, F. (1991). *Shame and the Self*. Guilford Press.
- Buchman-Wildbaum, T., Unoka, Z., Dudas, R., Vizin, G., Demetrovics, Z. & Richman, M. J. (2021). Shame in borderline personality disorder: Meta-analysis. *Journal of Personality Disorders*, 35(Supplement A), 149–161. <https://doi.org/10.1521/pedi.2021.35.515>
- Cameron, A. Y., Benz, M. & Reed, K. P. (2021). The role of guilt and shame in psychosocial functioning in a sample of women with borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(1), 13–16. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001246>
- Cameron, A. Y., Erisman, S. & Palm Reed, K. (2020). The relationship among shame, nonsuicidal self-injury, and suicidal behaviors in borderline personality disorder. *Psychological Reports*, 123(3), 648–659. <https://doi.org/10.1177/0033294118818091>
- Currie, C. J., Katz, B. A. & Yovel, I. (2017). Explicit and implicit shame aversion predict symptoms of avoidant and borderline personality disorders. *Journal of Research in Personality*, 71, 13–16. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2017.08.006>
- DeYoung, P. A. (2015). *Understanding and treating chronic shame. A relational/neurobiological approach*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315734415>
- Engelstad, I. (2018). Skammens ansikter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(9), 864–871. <https://psykologtidsskriftet.no/anmeldt/2018/09/skammens-ansikter>
- Fjermestad-Noll, J., Ronningstam, E., Bach, B. S., Rosenbaum, B. & Simonsen, E. (2020). Perfectionism, shame, and aggression in depressive patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 34(Supplement), 25–41. <https://doi.org/10.1521/pedi.2020.34.suppl.25>
- Gilbert, P. & Andrews, B. (red.). (1998). *Shame: Interpersonal Behavior, psychopathology, and culture*. Oxford University Press.
- Greenwald, D. F. & Harder, D. W. (1998). Domains of Shame. Evolutionary, Cultural, and Psychotherapeutic Aspects. I P. Gilbert & B. Andrews (red.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (225–245). Oxford University Press.
- Gullestad, S. (2020). Blikket utenfra. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(6), 435–439. <https://psykologtidsskriftet.no/fagessey/2020/06/blikket-utenfra>
- Halvorsen, J. S. (2020). Skam, psykologi og ontologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(10), 770–773. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2020/10/skam-psykologi-og-ontologi>
- Izard, C. E. (1991). *The Psychology of Emotions*. Plenum Press.
- Izard, C. E. (2007). Basic emotions, natural kinds, emotion schemas, and a new paradigm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(3), 260–280. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00044.x>
- Jørgensen, C. R. (2023). *Skam – I spændingsfeltet mellem moralsk kompas og psykisk lidelse*. Hans Reitzels Forlag.
- Kohut, H. (1972). Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *Psychoanalytic Study of the Child*, 27, 360–399. <https://doi.org/10.1080/00797308.1972.11822721>
- Landmark, A. (2018). Skam – Psykoterapi og frihet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(9), 797–805. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2018/09/skam>
- Lewis, M. (1992). *Shame. The exposed self*. Free Press.
- Lewis, M. (2008). Self-Conscious Emotions. Embarrassment, Pride, Shame and Guilt. I M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (red.), *Handbook of Emotions* (3. utg. s. 742–756). Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2008-07784-046>
- López-Castro, T., Saraiya, T., Zumberg-Smith, K. & Dambreville, N. (2019). Association between shame and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 32(4), 484–495. <https://doi.org/10.1002/jts.22411>
- Muris, P. & Meesters, C. (2014). Small or big in the eyes of the other: On the developmental psychopathology of self-conscious emotions as shame, guilt, and pride. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17, 19–40. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0137-z>
- Nathanson, D. (1992). *Shame and Pride: Affect, Sex, and the Birth of the Self*. W.W. Norton & Company Inc.
- Nechita, D. M., Bud, S. & David, D. (2021). Shame and eating disorders symptoms: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 54(11), 1899–1945. <https://doi.org/10.1002/eat.23583>
- Normann-Eide, T. (2020). *Følelser: Kjennetegn, funksjon og vrangsider*. Cappelen Damm.
- Nummenmaa, L., Hari, R., Hietanen, J. K. & Glerean, E. (2018). Maps of subjective feelings. *PNAS, Neuroscience*, 115(37) 9198–9203. <https://doi.org/10.1073/pnas.18073901>
- Popovac, Z. (2020a). Skam revidert: Et oppgjør med positive tolkninger av skammens funksjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(8), 593–596. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2020/08/skam-revidert>
- Popovac, Z. (2020b). Skam ekspedert. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(11), 837–841. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2020/11/skam-ekspedert>
- Popovac, Z. (2021). Skam og de adaptive egofunksjonene. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(4), 310–311. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2021/04/skam-og-de-adaptive-egofunksjonene>
- Ritter, K., Vater, A., Rüschen, N., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Fydrich, T., Lammers, C.-H. & Roepke, S. (2014). Shame in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry research*, 215(2), 429–437. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.11.019>
- Sartre, J. P. (1943/1980). *Væren og intet*. Pax.
- Scheff, T. J. (1987). The shame-rage spiral: A case study of an interminable quarrel. I H. B. Lewis (red.), *The Role of Shame in Symptom Formation* (s. 109–150). N. J. Erlbaum.
- Schoenleber, M. & Berenbaum, H. (2010). Shame aversion and shame-proneness in Cluster C personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 197–205. <https://doi.org/10.1037/a0017982>
- Schore, A. N. (1998). Early Shame Experiences and Infant Brain Development. I P. Gilbert & B. Andrews (red.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (s. 57–77). Oxford University Press.
- Sheehy, K., Noureen, A., Khaliq, A., Dhingra, K., Husain, N., Pontin, E. E., Cawley, R. & Taylor, P. J. (2019). An examination of the relationship between shame, guilt and self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 73, 101779. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101779>
- Sinding, A. I. (2020). Skam nyansert. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(10), 764–769. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2020/10/skam-nyansert>

Bistand til medlemmer i tilsynssaker

Psykologforeningen yter gratis juridisk bistand til medlemmer som er under tilsyn.

Formålet med tilsynssaker er å bidra til sikkerhet og kvalitet i tjenestene, samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.

De fleste tilsynssaker behandles og avgjøres av statsforvalter. Saksbehandlingen til statsforvalter og Statens helsetilsyn er underlagt forvaltningslovens bestemmelser. Opplysningene i saken skal være gjenstand for kontradiksjon, det vil si at man skal få anledning imøtegå disse. Når saken er tilstrekkelig opplyst skal statsforvalteren legge til grunn det saksforholdet som er overveiede sannsynlig (altså mer enn 50 prosent). I tillegg til å avgjøre sakene ved å konkludere med lovbrudd/ikke lovbrudd, har statsforvalteren myndighet til å gi helsepersonell faglige pålegg.

I de tilfellene der statsforvalter mener det kan være grunnlag for å gi administrative reaksjoner til helsepersonell, oversendes saken til Statens helsetilsyn. Statsforvalter skriver da et oversendelsesbrev til Statens helsetilsyn der de redegjør for bakgrunnen for saken, saksforholdet de mener er sannsynliggjort, hvilke problemstillinger saken reiser og hvilke lovhjemler det er aktuelt å vurdere saken opp mot. Saker om administrativ reaksjon er enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand, slik at det blant annet er krav om forhåndsvarsling og klagerett på vedtakene.

HVORDAN KAN PSYKOLOGFORENINGEN BISTÅ MEDLEMMER?

Psykologforeningen har jurister med spesialkompetanse på helserett, og som også har erfaring fra tilsyn. Hvert år tar flere av våre medlemmer kontakt med Psykologforeningen for bistand i forbindelse med at det er opprettet tilsynssak mot deres virksomhet som helsepersonell. På denne bakgrunn har vi bred erfaring med å bistå i slike saker. Temaet for tilsynssakene mot medlemmene våre er ofte spørsmål om rollesammenblanding, men også mangelfull journalføring, anførsler om brudd på taushetsplikt, spørsmål om det er ytt forsvarlig helsehjelp og rusproblematikk.

Vi bistår med gjennomlesning av dokumenter, samtaler med medlem og rådgivning på bakgrunn av dette. Videre bistår vi med innspill til tilsvar, samt deltar på møter med statsforvalter og Helsetilsynet.

Som profesjonsforening for psykologer har vi et profesjonsansvar for å bidra til god pasientsikkerhet, en bedre helsetjeneste og et godt omdømme for psykologer. Samtidig skal vi bistå medlemmene våre og sørge for at rettsikkerheten og interessene deres ivaretas – også i møte med tilsynsmyndighetene. Dette gjenspeiles i hvordan vi gir råd i tilsynssakene.

Psykologforeningen ønsker at medlemmer tidlig tar kontakt med oss ved en tilsynssak. Dette for å sikre riktig innretning på saken, og at alle relevante sider kommer frem. I tillegg for å avdekke om det er behov for tiltak slik at disse kan settes inn på et tidlig tidspunkt.

Psykologforeningens jurist/advokat har taushetsplikt, og det er viktig at vi får all informasjon om saken - selv om den ikke taler til psykologens fordel. Dette er avgjørende for at vi skal kunne gi riktige råd i den enkelte sak.

Vi anbefaler at det er psykologens selv som skriver brev til tilsynet for å sikre at psykologen har eierskap til saken. Dette er sentralt for at psykologens side skal komme frem. Sett fra tilsynet sin side er det psykologen tilsynet skal kunne ha tillit til, ikke Psykologforeningen.

Der sakens opplysninger viser at psykologen har gjort feil eller forsømt seg på annet vis, er det viktig å vise tilsynet at man har innsikt i dette. Man må redegjøre for hvordan man arbeider med sin virksomhet og setter inn tiltak for å unngå at noe liknende skal skje i igjen. Tilsynet skal legge en nåtidsvurdering til grunn når de avgjør saken eller fatter et vedtak. Dette betyr at dersom psykologen viser tilstrekkelig innsikt i egen virksomhet og har satt i verk nødvendige tiltak, kan dette være tilstrekkelig til at tilsynet kan ha tillit til at vedkommende kan gi trygge tjenester.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST

Rikke Solbakke,
spesialrådgiver i
jus- og arbeidslivs-
avdelingen

Mennesker i helsetjenesten

Denne overskriften leder kanskje tankene hen til menneskemøter mellom pasient og behandler. I mange år har det vært stort fokus på å forbedre effektivitet, kvalitet og produktivitet i disse møtene. Dette er legitime og ønskelige mål, men jeg vil rette oppmerksomheten mot hvordan menneskene som går på jobb i helsetjenesten ivaretas og lyttes til, og mot behovet for økt tillit i tjenesten.

FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN



TEKST

Hanne Indregaard Lind,
Visepresident med
ansvar for lønns- og
arbeidslivspolitik

I iveren etter effektivisering og maksimering av nytte, har noe gått tapt på veien. Vi ser i dag en sterk gjennomtrekk av ansatte i helse- og omsorgstjenesten, noe som rammer pasientene og er en trussel mot likeverdige helsetjenester.

«De ansatte». «Fagfolkene». «Helsepersonell». Det er rollene vi har, men er vi også altruistiske helter? Eller snarere selvegne opportuniste? Verken eller, vil jeg si. Tegningene under pandemien der personellet dro uniformen til side og la for dagen Supermann-drakt under, ga meg en ubehagelig følelse. Jeg skjønner at illustrasjonene var hedrende, men de bygger opp under et bilde som ikke er reelt. Vi som jobber i tjenestene er ikke altruistiske superhelter, vi er vanlige folk. Riktignok vanlige folk som har helseutdanning og som kjenner på en forpliktelse til å bidra for både individ og samfunn gjennom å bruke faget vårt. Det gjør at de nasjonale verdiene for spesialisthelsetjenesten - kvalitet, trygghet og respekt – gjerne er lette å slutte seg til for helsepersonell. Dette er, etter mitt syn, hva man bør ta utgangspunkt i når tjenestene skal styres og ledes.

I 2004, to år etter helseforetaksreformen, skrev professor emeritus i organisasjon og ledelse Tor Busch en artikkel som het «Fra altruisme til egoisme – er den sosiale virkelighetskonstruksjon av profesjonene i offentlig sektor i endring?» Han diskuterer der hvorvidt den da pågående moderniseringen av offentlig sektor vil føre til at ansatte og ledere i større grad oppfattes å være preget av egoisme enn altruisme, og på sikt vil skape nye virkelighetsbilder av profesjonene i offentlig sektor.

Når vi ser hvordan kontroll og standardisering har økt og det faglige presses, så er det naturlig å tenke at prinsipal-agent-teorien

har fått sterk innflytelse. Et sentralt spørsmål i denne teorien er hvordan prinsipalen/oppdragsgiver skal sikre seg at agenten opptrer i tråd med prinsipalens interesser, og et av de sentrale problemene vil være at ansatte/agentene vil søke å maksimere sin inntekt og minimere sin innsats, og dermed opptre opportunistisk. En slik underliggende oppfatning vil gi økt kontrollbehov, samt kunne gi mange små og store utslag i alt fra finansiering av tjenestene til varighet av behandlingsforløp, til hvordan innspill blir mottatt og medvirkningsprosesser legges opp. De underliggende oppfatningene vil også påvirke hvordan man tilnærmer seg det å rekruttere og beholde ansatte.

Det er altså behov for regjeringens varslede tillitsreform, og et sentralt element i den bør være å ta utgangspunkt i at helsepersonell verken er altruistiske helter eller opportuniste, men mennesker som kjenner på en forpliktelse til å bruke faget sitt til å hjelpe – men ikke på bekostning av egen helse, familierelasjoner og familieforpliktelser.

Heller enn å utrede forbud mot private helsetjenester for å stoppe lekkasjen av personell, og heller enn å omtale strukturen i Helse Nord som en struktur som ikke «lar seg» bemanne, bør man legge kursen vekk fra tankegangen som ligger i prinsipal-agent-teorien. Vi må over til å stille spørsmål om hvordan vi kan tilrettelegge for at høyt utdannet personell, som kjenner på en forpliktelse overfor pasientene, får lyst til å jobbe i den offentlige helsetjenesten. For det er ikke slik at det bare er i distriktene man strever med å rekruttere og beholde personell, det er også i høy grad en problemstilling i universitetsbyene.

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



UNIVERSITETET
I OSLO

8. nasjonale konferanse om DBT

29.–30. mai 2024, Hamar
Påmeldingsfrist 23. januar
www.dbt.no

DBT DIAL KONTAKT
ATFERDSTERAP

NSSF Nasjonalt senter for
selvmedisinering
og trykkygging

NYTT KULL -ETTÅRIG DELTIDS UTDANNING INTEGRAL TERAPEUT

Integral terapi er en **unik** terapiform, basert på lang terapeutisk praksis og livserfaring. Gammel østlig visdom i forening med moderne psykologi gir studiet en helhetlig tilnærming: Det fysiske og psykiske individet, individet i nærmiljøet, samfunnet og naturen, samt et spirituelt perspektiv står sentralt.

Studiet er godkjent med 72 timer som vedlikeholdskurs for psykologspesialister.

Studiet er samtidig et tilbud om en dypere realisering av menneskets sanne natur.

Grunnbok i utdanningen: Sakhi, U.S & Nordhelle, G. (2020). *Å leve i pakt med Moder Jord. Integral terapi*. Cappelen Damm (2021).

Faglig ansvarlige: U.S. Sakhi og Grethe Nordhelle.

Se mer om studiet, instituttet og oss på www.nordhelle.no eventuelt kontakt psykolog Grethe Nordhelle, tlf. 928 00 226.

Søknadsfrist **1. april**.

INTEGRAL PSYKOLOGISK INSTITUTT AS



EMDR Norge Dagskonferanse Oppmøte og digitalt

Oslo 5. april 2024

kl. 09.00–16.00 på Scandic Solli

NB: Roger M. Solomon, psykolog, PhD
EMDR og SORG

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

ikke medlemmer: kr 1 750,-

Digitalt: kr 750,-/950,- Gruppe: kr 1 250,-

Program og påmelding: www.emdrnorge.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 **1. februar**, frist
for å bestille annonse til februar-
utgaven er **18. januar**

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



Valgfritt program i Psykoterapeutisk metode for barn og unge:

Mentaliseringsbasert arbeid med barn, unge og familier

Målgruppe

Målgruppen for dette valgfrie programmet er psykologer som jobber i psykisk helsevern for barn og ungdom, i kommunale tjenester for barn og unge, samt statlig barne- og familievern.

Psykologen må ha gjennomført det obligatoriske programmet for spesialiteten i barne- og ungdomspsykologi for å kunne delta på det valgfrie programmet.

Psykologer som har fullført andre obligatoriske spesialistprogram og som har minst 2 års erfaring med psykologfaglig arbeid med barn og unge kan også vurderes for opptak etter søknad.

Målsetting

Psykologen får spesifikke ferdigheter og kunnskaper i psykoterapeutisk behandling av et bredt spektrum av tilstandsbilder hos barn og unge, i samarbeid med deres omsorgspersoner og systemene rundt. Metoden er transdiagnostisk og har et et utviklingspsykologisk kunnskapsgrunnlag. Kurset vil tydeliggjøre hvordan enklere og mer komplekse tilstander kan behandles psykoterapeutisk på tvers av alder, og hvordan metoden kan implementeres i førstelinjen så vel som i spesialisthelsetjenesten.

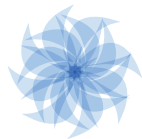
Sted og dato: 17.-18. juni 2024 (kurs 1)

Påmeldingsfrist: 13. mai 2024

Medlemspris: kr 7 980,- per kurs

Kursnr.: 40ME124001

Påmelding via www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning



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

Kursledere

Line Indrevoll Stånicke er førsteamanuensis ved psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Hun er spesialist i klinisk arbeid med voksne, samt klinisk arbeid med barn og unge, og har en delstilling ved Nic Waals Institutt, Lovisenberg sykehus. Stånicke er psykoanalytiker og godkjent veileder i MBT-A.

Fredrik Cappelen er psykologspesialist i klinisk barne og ungdomspsykologi, psykoanalytiker og psykoterapeut for barn og unge (lbup). Han har jobbet innen BUP siden 2006 med alle aldre og en rekke ulike tilstander. Han har flere videreutdannelser innen psykodynamisk psykoterapi og har jobbet med mentaliseringsbasert terapi de siste åtte årene.

Line Brotnow Decker har arbeidet parallelt som kliniker og forsker i Norge, USA og Frankrike siden 2013. I begge roller har hun spesialisert seg i arbeid med svært utsatte barn og familier hvis sårbarhet ofte medfører behov for bistand på kryss av diagnoser, profesjoner og institusjoner. Decker er sertifisert i MBT-A og MBT-C og er en aktiv fagformidler innenfor personlighetsvansker og behandling av disse.



Norske Karakteranalytisk Institutt
 utdanning i karakteranalyse og kroppsorientert psykoterapi

Etterutdanning seksuell helse for psykologer og psykiatere

Oppstart høsten 2024 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: 26. august, 3. september, 9. september, 16. september, 23. september og 30. september (kl. 18.00–20.00).

Fysiske samlinger: 24.–25. oktober og 28.–29. november.

Pris: Psykologer/psykiatere: kr 10 000

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: 16. juni 2024. På grunn av begrenset plass anbefales det å søke tidlig.

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2024

SPECIALPLASSERING:

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

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 28 per sp.mm.

Fargetillegg kr 12 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 3 220, samme format i farger kr 4 600.

SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 590.

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 10 000, 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
2	18.01	01.02
3	16.02	01.03
4	13.03	02.04
5	17.04	02.05
6	15.05	03.06

ANNONSEFORMATER

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

PRISER: STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER

Format	4 farger	Sort
1/1 side	18 900	17 300
1/2 side	14 900	13 300
1/4 side	12 900	11 300

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

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

Introduksjon til Emosjons- fokusert Terapi (EFT) – teori og terapeutiske intervensjoner

Festspillkurs, Kursnr. 20EMO24006 Bergen 30.–31. mai 2024

Kurset inneholder blant annet ferdighetstrening, opplevelsesbaserte øvelser og undervisning med utgangspunkt i video av terapi.

Målgruppe

Terapeuter som jobber med individualterapi. Det er ikke nødvendig med noen forkunnskaper om EFT.

Innhold

Deltakerne skal få en grunnleggende innføring i hva EFT er. Det blir særlig fokus på de viktigste empatiske intervensjonene og terapeutiske mikroferdighetene i metoden. I tillegg vil deltakerne bli presentert for de to mest sentrale stol-arbeidene i EFT, uoppgjorte forhold og selvkritikk-splitt.

Målsetting

- Praktiske ferdigheter for å jobbe opplevelsesbasert med endring av følelser i terapi
- konkrete intervensjoner som kan integreres og anvendes i egen praksis

Om kursleder

Vanja Hjelmseth er psykolog ved Institutt for Psykologisk Rådgivning (IPR) i Bergen, og jobber med terapi, opplæring av terapeuter og veiledning innen metodene Emosjonsfokusert terapi og Emosjonsfokusert Ferdighetstrening. Hun er medforfatter på boken «Emosjonsfokusert ferdighetstrening for foreldre – en lærebok for terapeuter og veiledere» og boken «Terapeutens håndbok i Emosjonsfokusert terapi».

Didrik Hummelsund er psykolog ved IPR der han jobber med terapi, veiledning og undervisning, og er fagansvarlig for spesialistutdanningen i EFT. Han er også en av forfatterne av boken «Terapeutens håndbok i emosjonsfokusert terapi».

Tid: kl. 0900–1700 begge dager.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

KURSAVGIFT: KR 7 980,-
PÅMELDINGSFRIST: 24. APRIL 2024



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN
PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

LÆR MER OM HVORDAN DU KAN FÅ PASIENTEN TIL Å SE NÆRMERE PÅ SIN EGEN TRAUMEHISTORIE

**Nytt og spennende kurs 3. og 4. februar i Oslo
godkjent som 12 timers vedlikeholdskurs av NPF**

Kursholder: Erik Tresse, IFS-informert
gestaltterapeut og veileder MNGF

Les mer og meld deg på her:
eriktresse.no/kurs-og-workshops-2

☎ 41 52 10 54

✉ tresse@online.no



Stempel med medlemslogo for psykologer

Som medlem av Norsk psykologforening kan du skaffe deg stempel med medlemslogo. Et stempel som viser at du er medlem av Psykologforeningen skal være et kvalitetsstempel, og kan for eksempel brukes til fakturaer, rapporter og innkallingsbrev.

Stempel kan kjøpes hos KC Follo AS for kr 375. Dersom du ønsker egne opplysninger i tillegg til logoen er prisen kr 605. De oppgitte priser er inkl. mva og porto.

For bestilling av stempel – send
«Stempel med medlemslogo
Norsk psykologforening»
til petter@kcfollo.no



Utdanning i psykoanalyse ved Norsk psykoanalytisk institutt

Utdanningen kan søkes av psykologer og leger med autorisasjon i Norge. Det forutsettes påbegynt spesialisering i psykologi, psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri eller annen relevant legespesialitet.

Utdanningen består av deltakelse i teoretiske samt kliniske seminarer over 4 år, personlig analyse hos læreanalytiker, veiledning av minst to egne analyser og skriftlig arbeid.

Utdanningen tilbyr en unik mulighet til å bli bedre kjent med egne sterke og sårbare sider, og gir dermed et godt grunnlag for å mestre de utfordringene som møtet med pasienter kan gi, det være seg i psykisk helsevern, selvstendig praksis eller andre deler av helsetjenesten.

Psykologforeningen har godkjent seminarerne for kurssekvensen til spesialiteten i psykoterapi etter ny ordning. Dette forutsetter at fellesprogrammet er fullført før oppstart på seminarerne ved instituttet. Godkjenning som spesialist i psykoterapi kan for dem som blir tatt opp innen 01.07.24 søkes etter 4. semester forutsatt samtidig minst 70 timer metodespesifikk veiledning (av det totale antall veiledningstimer som Psykologforeningen har krav om) og at alle øvrige krav fra Psykologforeningen er oppfylt (jmf. Psykologforeningens målbeskrivelse for spesialiteten). Det er Psykologforeningen som i sin helhet godkjenner spesialiteten i psykoterapi. (Psykologforeningens målbeskrivelse for spesialiteten i psykoterapi blir noe endret fra 01.07.24 og hvor vi må søke om ny godkjenning etter det).

Interesserte kan henvende seg til instituttets sekretær for ytterligere informasjon. Adresse: Norsk psykoanalytisk institutt, Fr. Nansens vei 17, 0369 Oslo. Tlf. 22605820. E-post: post@psykoanalyse.no

Se også instituttets hjemmeside,
www.psykoanalyse.no.

Informasjon om fremtidig økonomisk støtte fra tilskuddsordningen vil bli oppdatert på hjemmesiden.

Søknadsfrist: 1. februar 2024

WAIS-IV

Festspillkurs, kursnr. 20WAI24006 Bergen 30.–31. mai 2024

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister.

Målsetting

Gi grunnlag for selvstendig og faglig oppdatert bruk av WAIS-IV i klinisk psykologarbeid på tvers av ulike psykologroller og problemstillinger.

Innhold

Dette er et kurs som tar for seg både administrasjon og tolkning av WAIS-IV. Det gis en presentasjon av wechslertestene generelt og WAIS-IV spesielt, samt de amerikanske og skandinaviske standardiseringsprosjektene. Endringer i tolkning av wechslertestene etter utgivelsen av WAIS-IV som følge av utgivelsen av WISC-V vil drøftes. Kurset innbefatter øvelser i administrering av særlig utfordrende deltester samt tilbakemelding av resultater. Kurset vil også fokusere på tolkning av testresultater fra kasustikker som deltagerne har med seg og forskning om ulike kliniske grupper. Kurset vil også gjennomgå temaer som rapportskriving.

Ta med WAIS-IV kofferten hvis mulig. Deler av kurset vil bli casebasert og kursdeltagerne oppfordres til å ta med kasustikker/testprotokoller.

Om kursleder

Eivind Haga Ronold er spesialist i klinisk nevropsykologi siden 2020. Han har cand. psychol. fra Universitet i Bergen fra 2015. Han leverte sin PhD i 2022 som omhandler kognitive vansker ved depresjon, og underviser i klinisk nevropsykologi og wechslertester ved Universitet i Bergen sin nevropsykologiske poliklinikk. Han har i tillegg en bistilling som nevropsykolog på stemningspoliklinikk ved Sandviken Sykehus, i tillegg til å tidvis ta private oppdrag.

Erlend Ronold er spesialist i klinisk nevropsykologi. Han har cand. psychol. fra Universitetet i Bergen fra 2015. Han jobber nå som nevropsykolog på Avdeling for Fysikalsk Medisin og Rehabilitering, Lassa. I tillegg til dette jobber han i privat praksis. Tidligere har han jobbet med alderspsykiatri og barne- og ungdomshabilitering.

Tid: kl. 0900–1700 dag 1, 0830–1630 dag 2.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

KURSAVGIFT: KR 7 980,-
PÅMELDINGSFRIST: 24. APRIL 2024



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN
PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30
FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning

Autismespektertilstander: Forståelse av kjernevansker og tiltak

Festspillkurs, kursnr. 20FOR21005, Bergen 30.–31. mai 2024

Målgruppe

Psykologer og leger (psykologer vil bli prioritert).

Målsetting

Å gi deltakerne en økt forståelse av hva autismespektertilstander er og å gi en oversikt over tiltak som kan være hensiktsmessige for personer med autismespektertilstander som har et evnenivå innen normalområdet («Asperger syndrom»).

Kursinnhold

- Introduksjon til autismespektertilstander (historikk)
- Kjernevansker hos personer med autismespektertilstander
- Komorbiditet hos personer med autismespektertilstander
- Kognitiv atferdsterapi for angstlidelser og PTSD (CT-PTSD)
- Tilrettelegging av kognitiv atferdsterapi hos personer med autismespektertilstander
- Tilrettelegging i skole og arbeidssituasjon
- Tiltak for personer med autismespektertilstander

Undervisningsmetode

Forelesning med Power Point og gruppearbeid.

Om kursleder

Jon Fauskanger Bjåstad er psykologspesialist og har doktorgrad i klinisk psykologi. Han arbeider som forskningssjef for Klinikker for psykisk helsevern i Helse Stavanger og ved Institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS) i Forsvaret. Han har lang erfaring fra BUP innen arbeid med autismespektertilstander hos barn og ungdom. Som del av sin kliniske doktorgrad i Australia har Bjåstad jobbet sammen med Professor Tony Attwood som er en internasjonalt anerkjent ekspert på Asperger syndrom og autismespektertilstander. Han er godkjent veileder i kognitiv terapi av Norsk Forening for Kognitiv Terapi (NFKT).

Tid: kl. 0900–1700 begge dager.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

KURSAVGIFT: KR 7 980,-

PÅMELDINGSFRIST: 24. APRIL 2024



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGS-AVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning

Eksistensielle perspektiv på psykoterapi og selvivaretakelse

Festspillkurs, kursnr. 20VED24012, Bergen 30.–31. mai 2024

Målgruppe

Psykologer som arbeider med psykoterapi eller andre former for psykologisk behandling. Kursinnholdet vil også være relevant for psykologer som primært arbeider med forebyggende og helsefremmende arbeidsmetoder.

Målsetting

Målet med kurset er å gi fordypning i hvordan det å forholde seg til eksistensielle grunnvilkår har betydning for psykologisk vekst for begge parter i behandlingsrelasjonen.

Kurset vil gi kunnskap om

- den eksistensielle psykologiens perspektiv på eksistensielle grunnvilkår
- hvordan måten mennesker forholder seg, eller unngår å forholde seg, til slike grunnvilkår spiller en sentral rolle i psykisk helse og uhelse.
- terapeutiske arbeidsmetoder hvor eksistensiell bevissthet og refleksjon inngår i arbeidet med konkrete livsproblem.
- måter psykologen kan arbeide med egen eksistensiell bevissthet for å best mulig ivareta og utvikle seg selv som hjelper, med særlig søkelys på utfordringer knyttet til perfektjonisme og opplevelse indre krav.

Om kursleder

Per-Einar Binder er professor i klinisk psykologi ved Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen, og psykologspesialist med fordypningsområdene psykoterapi, barn- og ungdom, og voksenpsykologi. Hans forskningsinteresser innbefatter eksistensiell og filosofisk psykologi, og studier av identitet, perfektjonisme og personlige endringsprosesser i og utenfor terapirommet.

Tid: kl. 0900–1700 begge dager.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

KURSAVGIFT: KR 7 980,-
PÅMELDINGSFRIST: 24. APRIL 2024



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN
PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30
FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Traumebehandling med barn og unge. Intervensjoner i praksis

Festspillkurs, kursnr. 20VED24011, Bergen 30.–31. mai 2024

Målgruppe

Psykologer som jobber med barn og unge utsatt for traumer og vedvarende stress. Kurset er også nyttig for terapeuter som jobber med voksne som strever med å uttrykke seg gjennom ord.

Innhold

Deltakerne vil få opplæring i kunnskap om utviklingstraumer og prinsipp for traumebehandling som er tilpasset barnets kapasitet. Det vil være et spesielt fokus på klienter som strever med å snakke om det de har opplevd. Traumatisering er assosiert med avmakt og tap av kontroll. Deltakerne får opplæring i intervensjoner som kan hjelpe klienten med å gjenvinne vitalitet, kontroll, oppleve mestring og erfare reguleringsstøtte.

Målsetting

- Deltakerne vil få kunnskap om utviklingstraumer og hvordan traumebehandling kan tilpasses barnets fungering og kapasitet.
- Deltakerne vil få innføring i prinsipp for traumebehandling som inkluderer kroppslig regulering, tilknytningsbygging og traumbearbeiding
- Deltakerne får praktisk trening i terapeutiske verktøy for traumbearbeiding som kan foregå gjennom kroppslig, eller symbolsk lek.

Om kursleder

Mari Kjøloth Bræin er psykologspesialist, med fordypning i barn og unge. Hun har hele sin karriere jobbet med barn, unge og voksne utsatt for store belastninger, både i Norge og internasjonalt. Hun har i mange år bidratt til kompetanseheving på traumefeltet i Norge gjennom sitt tidligere arbeid ved RVTS øst, og nå som faglig leder ved Senter for Stress og Traumepsykologi i Oslo. Hun har utviklet og tilpasset flere terapeutiske verktøy som benyttes i traumebehandling i Norge og har ansvar for opplæring i SMART (Sensory Motor Arousal Regulation Treatment), en traumebehandlingsmetode for barn og unge som strever med å uttrykke seg gjennom ord.

Tid: kl. 0900–1700 begge dager.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

KURSAVGIFT: KR 7 980,-

PÅMELDINGSFRIST: 24. APRIL 2024



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning

Kan vi forbedre behandlingen av angst og depresjon ved å integrere jobbfokus?

Festspillkurs, kursnr. 20VED24013, Bergen 30.–31.mai 2024

Målgruppe

Behandlere og beslutningstakere innen psykisk helsevern. Psykologer som jobber med behandling av angst og depresjon assosiert med arbeidssituasjon.

Målsetting

Gi deltakerne innblikk i forskningsfeltet *Arbeid og psykisk helse*. Gjennomgang av evidens for hvordan jobbfokusert terapi for angst og depresjon kan bidra til økt arbeidsdeltakelse og redusert tilbakefall. Praktisk kjennskap til konkrete intervensjoner.

Etter kurset

Vil deltakerne skal sitte igjen med en økt forståelse av viktigheten av å integrere jobbfokus i ordinær psykoterapi for angst og depresjon, samt kjennskap til noen konkrete jobbfokuserte intervensjoner. Innblikk i de komplekse årsakssammenhengene rundt redusert arbeidsfunksjon inkludert arbeidskonflikter, mobbing, trakassering og utbrenthet/fatiguetilstander.

Undervisningsmetode

Det vil veksles mellom teoretisk forelesning og praktiske øvelser/rollespill og dialog.

Kursledere

Ragne Gunnarsdatter Hole Gjengedal er psykologspesialist og leder for Enhet for klinisk forskning og innovasjon på Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen ved Diakonhjemmet sykehus. Har i mange år jobbet med terapiforskning og har en doktorgrad innen jobbfokusert metakognitiv terapi for angst og depresjon. Hun er en erfaren kliniker og kursholder innen fagområdet psykisk helse og arbeid.

Danielle Wright er psykologspesialist og teamkoordinator ved Enhet for klinisk forskning og innovasjon på Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen ved Diakonhjemmet sykehus. Spesialist i arbeidspsykologi og metakognitiv terapi, erfaren kliniker og en aktiv foredrags- og kursholder.

Tid: kl. 0900–1700 begge dager.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

KURSAVGIFT: KR 7 980,-
PÅMELDINGSFRIST: 24. APRIL 2024



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN
PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning



Seljord

Helse og omsorg

100 % fast stilling som interkommunal kommunepsykolog

Vil du vere med på å påverke og utvikle framtidige helsetenester og folkehelse i fem kommunar i Vest-Telemark? Eller vil du arbeide innan Rask Psykisk Helsehjelp (RPH) i Vest-Telemark?

Du kan søke på stillinga som 100 % fast interkommunal kommunepsykolog for kommunane Tokke, Nissedal, Fyresdal, Kviteseid og Seljord. Eller du kan søke på den todelte stillinga 50 % interkommunal kommunepsykolog og 50 % innan Rask Psykisk Helsehjelp Vest-Telemark. RPH omfattar også Vinje kommune.

Sjå fullstendig utlysning og søk elektronisk via www.seljord.kommune.no

Søknadsfrist 7. januar 2024

- det gode vertskap

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

HELSE ● ● ● SØR-ØST

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**

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

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

Visepresidenter

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.robberstad@
sola.kommune.no

Emma Røisland Torsvik
studentrepresentant
979 62 540
emmartorsvik@gmail.com

Varamedlemmer

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

**Runar Selaas (1. vara
studentrepresentant)**
472 66 616
runarselaas@hotmail.com

**Frida Tveiten Gundersen
(2. vara student-
representant)**
454 29 809
frida.tveiten@hotmail.com

LOKALAVDELINGER

Akershus
Andrea Wister
andrea_wister@alumni.
brown.edu
994 35 493

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

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

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

Oppland
Eline Sørensen
eline.sorensen@hotmail.com
902 96 361

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
916 99 270

Troms
Ida Atalie Falch
Ida.atalie@gmail.com
916 99 270

Vest-Agder
Øyvind Buli Føreland
vestagder@
psykologforeningen.no
948 84 351

Vestfold
Paul André Myhrer
amyhrer@gmail.com
990 41 900

Østfold
Fredrik Henanger Blom
fhblom@hotmail.com
975 61 945

FAGETISK RÅD

Mette Ekenes
Garmannslund, leder
Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

ANKEUTVALG FOR FAGETISKE KLAGESAKER

Mariann Stadler, leder,
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,
h.indregard@hotmail.com
tlf. 948 05 153

SPECIALITETSRADET

Arnhild Lauveng, leder,
arnhild@
psykologforeningen.no
tlf. 913 17 162

FAG- OG PROFESJONSRADET

Arnhild Lauveng, leder,
arnhild@
psykologforeningen.no
tlf. 913 17 162

NORSK PSYKOLOGFORENING

FAGUTVALGENE

Felleselementene

Johan Siqveland,
johan.siqveland@gmail.com,
tlf. 922 90 143

Barne- og ungdomspsykologi

Kjersti Hamre Lotsberg,
k_hamre@hotmail.com,
tlf. 416 57 694

Familiepsykologi

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

Rus- og avhengighetspsykologi

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

Eldrepsykologi

Cecilie Gaustad, leder,
ceciliegaustad@gmail.com,
tlf. 975 48 563

Psykoterapi

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

Voksenpsykologi

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

Nevropsykologi

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

Habiliteringspsykologi

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

Arbeidspsykologi

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

Samfunn- og allmennpsykologi

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

Organisasjonspsykologi

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

Klinisk helsepsykologi

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

GODKJENNINGS- UTVALGET

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

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

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

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

Emma Røisland Torsvik,
leder, emmartorsvik@
gmail.com, tlf. 979 62 540

KLIMAUTVALGET

Tuva Bræin,
tuvabraein@gmail.com,
tlf. 458 52 172

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

Klara Øverland, leder,
klara.overland@uis.no,
tlf. 406 08 818

MENNESKERETTIG- HETSUTVALGET

Reidar Hjermann,
leder, rh@hjermann.no,
tlf. 994 47 291

TESTPOLITISK UTVALG

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Helén Ingrid Andreassen,
ypu@psykologforeningen.no

SEKTORUTVALG

Spesialisthelsetjenesten

Bjarte Bruntveit, FTV
Helse Bergen, leder, bjarte.
bruntveit@helse-bergen.
no, tlf. 909 98 052

Stat

Grethe H. Strand Rolfsen,
Bufetat Region Øst, leder,
grethe.strand.rolfsen@
bufetat.no, tlf. 959 99 232

Kommunal sektor

Kristin Haugholt, leder,
Ringsaker, kristinhaugholt@
hotmail.com, tlf. 951 72 032

Avtalespesialister

Henrik Riekeles Vik,
Helse Sør Øst, leder,
Henrik@riekelesvik.no,
tlf. 408 45 848

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

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

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30

Ole Tunold, generalsekretær
Kristina Høyer,
kommunikasjonssjef,
kristina@
psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås,
administrasjonssjef,
linda@psykologforeningen.
no

Jus og arbeidslivsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingssjef,
forhandlingsavdelingen@
psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Kim Edgar Karlsen, fagsjef,
kim@psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Bjørnhild Stokvik,
utdanningssjef, bjornhild@
psykologforeningen.no
Kontakt kurs@
psykologforeningen.no

NORSK PSYKOLOGFORENING

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
Besøksadresse: Kirkegata 2
Tlf. 23 10 31 30
post@psykologforeningen.no

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

Innhold

- 2 Ny sjanger for erfaringsutveksling mellom psykologer**
Derfor | Katharine Cecilia Williams & Gro Waløy-Syversen
- 4 Etske perspektiver i behandling av spiseforstyrrelse hos barn og unge**
Evidensbasert praksis | Kristin Sarmon
- 14 Erfaringer med søvnprogrammet Sov godt**
Fra praksis | Sandtrø et al.
- 20 Det kroppslig-relasjonelle perspektivet i psykoterapi**
Fagessay | Siri Klevstrand-Kruse
- 26 Intensiv EMDR-terapi for barn og ungdom**
Fra praksis | Aspesletten & Nomerstad
- 32 Empatiens mange ansikter: fenomenologisk og positivistisk empati**
Teoretisk artikkel | Blystad & Christensen Grøgaard
- 44 Fattigdom som elefanten i psykologkontoret**
Etikkpanelet | Joanna Rzadkowska
- 48 MENINGER**
Kronikk: Tvangsetikk | Pål Grøndahl (s. 50)
Debatt: Produktivitet (s. 48), Nevropsykologi og terapi (s. 53), Krigen i Gaza (s. 58)
- 61 Holdninger til psykedelika blant helsepersonell**
Nye stemmer | Raymond Stangeres
- 64 INNTRYKK**
Anmeldelser: Engasjerende og eksistensielt om meningsløshetens psykologi (s. 64),
Mer psykoterapi mellom himmel og jord (s. 66), Bokessay: Skam – en komplisert
følelse | Tone Normann-Eide (s. 68)