

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol. 61 nr. 04 2024

Kurs for selvfølelsen

*Fra praksis
Sönmez et al.*

KLINISK ERFARINGSDELING

*Evidensbasert praksis
Aanderaa et al.*

Validering på avveie

*Kronikk
Zemir Popovac*

Selvstendig- hetens pris

*Bokessay
Per Are Løkke*



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

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams Katharine@psykologtidsskriftet.no

Utgiver Norsk psykologforening, generalsekretær Ole Tunold

Henvendelser til redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debattinnlegg meninger@psykologtidsskriftet.no

Annonser tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Frist for bestilling av annonser 17.04, 15.05, 14.06

Denne utgaven ble godkjent til trykk 19.03.2024

Omslagsillustrasjon Cecilie Maurud Barstad **Form Bøk Oslo AS Trykk** Aksell AS

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

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

Les formålsparagrafen på www.psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen

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

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

Redaksjonsråd

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

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

Alt innhold på www.psykologtidsskriftet.no er fritt tilgjengelig. 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-/figurateksten. 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.



FOTO: PRIVAT



Min «ikke-nøytralitet» åpnet opp for gode samtaler i allmennpoliklinikken, skriver Helén Ingrid Andreassen. Nye stemmer. Side 261

ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK



De fleste behandlere vil oppleve at grenseoppgangene utfordres.. Etikkpanelet. Side 246

ILLUSTRASJON: WIKIMEDIA



Den nye fagboken *Penge og -dataspill* treffer en bedre balanse i bredde og dybde. Bokanmeldelse. Side 266

Innhold

- 222 **Pilotprosjekt om pasientprofiler – et verktøy for klinisk erfaringsdeling**
Evidensbasert praksis | Aanderaa et al.
- 231 **Kurs for bedre selvfølelse**
Fra praksis | Sönmez et al.
- 238 **Kartlegging av foreldrestil**
Ny vitenskapelig artikkel | Fallmyr et al.
- 239 **Politistudenters kunnskap om vitne-faktorer**
Ny vitenskapelig artikkel | Pedersen et al.
- 240 **Forlenget sorglidelse – overveielser fra dansk praksis**
Fagessay | Bergsmark og Ramsing
- 246 **Grenseoverskridende behandlere – meg, deg eller overgripere?**
Etikkpanelet | Pål Kristian Molin
- 250 **MENINGER**
Debatt: Kunnskap er ikke nevrobabbel (s. 250)
Meningsløst helsebyråkrati må fjernes (s. 258)
Kronikk: Validering på avveie | Zemir Popovac (s. 254)
- 261 **Nøytralitet er en illusjon**
Nye stemmer | Helén Ingrid Andreassen
- 264 **INNTRYKK**
Anmeldelser: Et forsvar for flokken (s. 264)
Bredt og oppdatert om spill (s. 266)
Bokessay: Den tidlige selvstendighetens omkostninger | Per Are Løkke (s. 269)
- 278 **Annonser**
- 282 **Stillingsannonser**

Pilotprosjekt om pasientprofiler – et verktøy for klinisk erfaringsdeling

Sigurd Syrdal Aanderaa¹, Linn Bjerknes^{1,2}, Mette Nordbrønd Mikkelsen¹ og Espen Ajo Arnevik³

¹ Ruspoliklinikken, Senter for psykisk helse og rus, Lovisenberg Diakonale Sykehus

² Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus

³ Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk), Oslo universitets-sykehus HF

KONTAKT

sjaanderaa@gmail.com

MERKNAD

Aanderaa og Mikkelsen har bidratt likt. Ingen oppgitte interessekonflikter.

FAGFELLEVDERT

Sammendrag

Diagnosesystemene og andre etablerte typologier fasiliterer ikke sammenligning av klinisk erfaring i et kollegafelleskap. Det er behov for nye verktøy for klinisk erfaringsdeling, som identifiserer pasienter som har nytte av lignende tilnærminger, og som fungerer som et fellesspråk på tvers av behandlingstilnærminger og profesjoner. Vi presenterer et pilotprosjekt fra en ruspoliklinikk i Oslo der vi utarbeidet det vi kaller pasientprofiler. Formålet var å utforske om det å systematisk artikulere og sammenligne klinikerens intuitive kunnskap kan være utgangspunkt for kategorier for erfaringsdeling og kunnskapsutvikling.

For å utvikle pasientprofilene baserte vi oss på forskning om intuitiv kunnskap og metoden grounded theory. Det var sentralt at fremgangsmåten kunne gjennomføres i klinikk. Vi arbeidet frem profilene i en stegvis prosess som inkluderte systematisk artikulering og sammenligning av tre klinikerens intuitive erfaringer av likhet for alle pasienter på egen pasientliste, samt fremlegg og drøfting av profilene i kollegafelleskapet.

Vi kom frem til tre pasientprofiler, kalt A, B og C. Poliklinikken har brukt profilene til å sammenligne klinisk erfaring. Vi opplevde at vi fikk mer innsikt i kollegaers tilnærminger og erfaringer, og at det var typiske utfordringer for hver av profilene.

Pasientprofiler er eksplisitt lokale kategorier som er til nytte for klinisk erfaringsdeling der de er utviklet. Våre profiler er ikke nødvendigvis representative for andre ruspoliklinikker. En fordel med å artikulere taus og intuitiv kunnskap er at klinikere får nyansert, reflektert over og korrigerst stereotypier og skjevheter i behandlingskulturen. Videre ser vi for oss mer direkte undersøkelser av om pasientprofiler fasiliterer sammenligning av behandlingserfaringer.

Nøkkelord: intuitiv kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, klinisk erfaringsdeling, rusbrukslidelse.

Det er et stort og ubrukt potensial for terapeuter til å lære av hverandre. I tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern (PHV) er det lite systematisk sammenligning av erfaring for å utvikle felles klinisk kunnskap. Vi kan i større grad benytte hverandre til å utvide vår egen og felles erfaringsbaserte kunnskap. På hvilke måter organisasjoner tilrettelegger for å være kunnskapsdannende, har utviklet seg til å bli et sentralt tema i organisasjonsteori og -forskning de siste tiårene (Bui & Baruch, 2010; Nonaka, 1994). Tilgjengeligheten av gode verktøy for kunnskapsdeling og -dannelse er nevnt som en av de viktigste faktorene for deling av erfaringsbasert kunnskap i helsevesenet (Tabrizi et al., 2013). Deling av erfaringsbasert kunnskap i poliklinikk er ofte drøfting av enkeltpasienter eller generelle faglige diskusjoner. Terapeuter henter innsikter fra kasedrøftinger til arbeidet med andre pasienter, men vurderinger av hvilke erfaringer som har overføringsverdi og til hvilke pasienter, blir som regel overlatt til den enkelte behandler.

Et sentralt verktøy for å få til en systematisk sammenligning av erfaring er kategorier til å gruppere pasientene våre i. Per i dag er ulike psykiske lidelser og ruslidelser definert i diagnostiske kategorier. Psykiske lidelser defineres i all hovedsak av symptomer som korrelerer med hverandre. Diagnoser korresponderer ikke til separate, underliggende sykdommer med egne årsaksforhold og mekanismer, og har i liten grad distinkte behandlingsimplikasjoner (Hyman, 2010; Kupfer et al., 2002). Diagnoser har derfor en grunnleggende begrensning som verktøy for å sammenligne kliniske erfaringer og vurderinger, og dermed også en begrensning for felles klinisk kunnskapsutvikling.

Ønsket om mer kliniske nyttige kategorier har de siste femten årene dannet grobunn for en rekke alternative tilnærminger til behandlingsrelevant kategorisering (Babor & Caetano, 2006; Hesselbrock & Hesselbrock, 2006; Insel et al., 2010; Insel, 2014; Koob & Volkow, 2016; Kwako et al., 2016; Wright et al., 2013). Kliniske miljøer har utviklet flere alternative diagnostiseringstypologier, forankret i terapiteorier og klinikknær forskning. Transdiagnostiske modeller er utarbeidet innenfor kognitiv atferdstradisjon (Mansell et al., 2008) og på avhengighetsfeltet (Kim & Hodgins, 2018), mens psykodynamisk diagnostisk manual (PDM) er utviklet av psykoanalytisk orienterte terapeuter (PDM task force, 2006). Felles for modellene er at de forsøker å identifisere underliggende prosesser og faktorer som utgjør sentrale fokusområder for terapeuter som jobber innenfor et gitt teoretisk rammeverk.

Typologier utviklet fra terapiteorier er klinisk nyttige og har gjerne tett forbindelse til anbefalte intervensjoner og strategier. De er ofte tilpasset en særskilt pasientgruppe. I en vanlig poliklinikk i TSB og PHV tar vi inn et bredt spekter av pasienter, som ikke kan plasseres i én spesifikk behandlingsmodell. Dessuten har behandlere på de fleste poliklinikker gjerne ulik utdannings-bakgrunn og teoretisk ståsted.

Mangelen på gode etablerte verktøy for å gruppere pasienter for erfaringsdeling, har inspirert oss til å se etter andre utgangspunkt for en nyttig typologi. I et kollegafellesskap trenger vi en inndeling som plasserer pasienter som kan ha nytte av lignende tilnærminger, sammen, og som kan fungere som et fellesspråk mellom klinikere fra ulike profesjoner og behandlingstilnærminger. Erfaringsnære kategorier som gjør det mulig å artikulere taus kunnskap, utgjør en essensiell del av en kunnskapsdannende prosess. Uten gode kategorier er det vanskelig å ta spranget fra erfaringer med enkeltpasienter til lokal kunnskapsutvikling om hva som er nyttig behandling for ulike typer av pasienter.

Artikkelen presenterer et pilotprosjekt der vi har utviklet det vi har kalt *pasientprofiler*. Vi tok utgangspunkt i erfaringen med at klinikere gjerne har en klar, men ikke alltid begrunnet opplevelse av at noen pasienter ligner hverandre i hvordan de er å behandle og hva de trenger fra behandleren. Klein (1997) viser at erfarne og kompetente yrkesutøvere utvikler en spontan situasjonsforståelse basert på intuitiv kunnskap. Vi ønsket å utforske om systematisk artikulering og sammenligning av terapeuters intuitive kunnskap kunne være et utgangspunkt for kategorier som fremmer erfaringsdeling og utvikling av lokal klinisk kunnskap. Så vidt vi kjenner til, er en slik tilnærming ikke prøvd ut tidligere. Her presenterer vi utviklingen av pasientprofiler og drøfter potensialet og begrensningene til en slik typologi.

Fremgangsmåte

Utvikling av pasientprofiler

Utviklingen av pasientprofilene foregikk på Lovisenberg ruspoliklinikk, som har sitt opptaksområde i de østlige sentrumsbydelene i Oslo. Opptaksområdet kjennetegnes av en opphopning av unge voksne, samtidig som det er stor variasjon i sosial funksjon. Alle pasientene hadde fått rett til behandling i TSB poliklinikk, hvilket vanligvis innebærer moderat til alvorlig rusproblem og komorbide psykiske lidelser, unntatt alvorlig psykisk lidelse.

Tilnærmingen vi brukte i utviklingen av pasientprofiler, har noen likhetstrekk med grounded the-

ory (GT) (Glaser & Strauss, 1967). GT er en kvalitativ metode som beskriver hvordan en bygger opp nye teoretiske begreper gjennom systematisk sammenligning av ulike former for empiri. Vi utviklet pasientprofilene gjennom å sammenligne de pasientene vi opplevde som like. GT gir nyttige metodiske innsikter i et slikt arbeid, særlig det å konsekvent hente innholdet i profilene fra sammenligning av konkrete pasienter. Formålet i vår undersøkelse var imidlertid å samle konkrete egenskaper til en fyldig og erfaringsnær pasientbeskrivelse for å fasilitere erfaringsutveksling, mens det i en standard GT-undersøkelse vil være å utvikle presise og generelle begreper for å forklare empiri som del av en teori.

Arbeidet med å utvikle pasientprofilene forløp gjennom fire ulike steg over en periode på fem uker.

I steg en startet Sigurd Syrdal Aanderaa, Linn Bjerkes og Mette Nordbrønd Mikkelsen arbeidet ved å besvare en åpen instruksjon individuelt: «Del din pasientportefølje inn i fem grupper ut ifra hvilke pasienter du opplever ligner på hverandre.» For å få en konkret representasjon av pasientene skrev hver og en av oss ned den enkelte pasients initialer på post-it-lapper. Vi prøvde oss frem med å samle lappene i ulike grupperinger. Gjennom dette fikk vi øye på enkelte aspekter av hva som kunne ligge til grunn for opplevelse av likhet. En av oss la for eksempel merke til at felles for alle pasientene som lå ute til den ene siden, var at de var uten behandlingsplan.

I neste steg *presenterte* vi gruppene for hverandre. Utkastene til grupper i denne fasen var stikkordsmessige, preget av umiddelbare kjennetegn. En kategori kunne for eksempel bli beskrevet med *tidlig omfattende rus, vært i barnevernet, ungdomshjem, personlighetsproblematikk, har vært eller er i behov av døgntil behandling, behandlingstrette, vansker med å relatere seg til behandler*. Vi la merke til noen styrende implisitte dimensjoner i grupperingen som blant annet var en opplevelse av: *tung å arbeide med, relasjonell stabilitet, funksjonsnivå, grad av innsikt, opplevelse av felles behandlingsprosjekt*. Vi så at noen av gruppene lignet på hverandre. Gruppene som lignet, ble ideer til pasientprofiler.

I tredje steg utdypet vi kategoriene ved å *sammenligne* de beskrivelsene til hver enkelt som lignet. Vi utfylte videre med konkrete pasienterfaringer som vi opplevde resonnerte med beskrivelsen. I utformingen av profilene hadde vi flere runder der vi i fellesskap gikk gjennom kategoriene vi utarbeidet, for å forankre dem i pasienterfaringer. Vi drøftet oss frem til tre skisser til profiler som vi ønsket å arbeide videre med. Avgrensningen til tre profiler var relatert til prosjektets tidsmessige rammer. I prosessen med å finne og utforme

profilene var vi opptatt av å ha en veksling mellom individuelt arbeid og gruppearbeid, for å legge til rette for mer uforstyrret å få tak i egen intuitiv forståelse.

I fjerde steg valgte vi å organisere pasientprofilene i et prototypeformat (Westen, 2012), der hver av oss skrev et sammenhengende utkast til de tre profilene. Vi ønsket å inkludere et bredt spekter av klinisk betydningsfulle faktorer og valgte å ta utgangspunkt i opplysninger som vi pleier å innhente i en første-gangssamtale: om rusbruk og rushistorie, psykiske symptomer og lidelser, funksjonsnivå, oppvekst og skolegang, sosialt nettverk og tilknytning til arbeidsliv. Vi samlet så de tre utkastene til hver av profilene i en felles beskrivelse.

Deretter testet vi ut i hvor stor grad vi opplevde at pasientene i vår egen pasientportefølje lignet de tre pasientprofilene. Med utgangspunkt i en skala utarbeidet av Westen (2012) til prototypebasert kategorisering skåret vi hver pasient på hvor godt den passet opp mot hver av de tre profilene ut ifra behandlerens opplevelse av likhet mellom profilen og helhetsinntrykket av hver enkelt pasient. Skalaen går fra 1 til 5, hvor 5 indikerer at profilen beskriver den aktuelle pasienten i svært stor grad, 3 i betydelig grad og 1 ikke i det hele tatt. Deretter gjorde vi en mer utdypende sammenligning i fellesskap, hvor vi utforsket grunnlaget for skårene hver av oss hadde satt.

Vi testet også ut bruk av pasientprofilene til å utveksle erfaringer med kollegagruppen. Fjorten behandlere ved ruspoliklinikken skåret egne pasienter opp mot pasientprofilene. For hver profil hadde vi en erfaringsutveksling om vanlige utfordringer og nyttige strategier i vår kliniske praksis.

Tre pasientprofiler

Vi kom frem til tre pasientprofiler, som vi har kalt A, B og C (se egne beskrivelser). Pasientprofil A beskriver en pasient der behandler kan oppleve kaos og frustrasjon, og hvor pasienten utfordrer behandlingsrammene. Pasienten har lavt funksjonsnivå, eksternaliserende personlighetsproblematikk, tidlig rusdebut og ofte omfattende aktuelt rusbruk av flere rusmidler. Profil B beskriver en pasient med kraftig lidelsestrykk, men likevel høyere funksjonsnivå og god refleksjonsevne. Pasienten har tidligere vært i behandling i psykisk helsevern. Hen har gjerne stemningslidelse eller internaliserende personlighetsproblematikk, i tillegg til omfattende pågående eller nylig avsluttet rusbruk, hovedsakelig alkohol. Profil C beskriver en pasient som oppleves utydelig, og hvor det er vanskelig å komme frem til et felles behandlingsprosjekt. Sosial og psykologisk funksjon er preget av tilbake-

Pasientprofil A

Kliniske observasjoner: I møte med pasienten blir behandler sittende igjen med en følelse av kaos og overveldelse. Pasientens tilværelse bærer preg av ustabil økonomi og bosituasjon, som ofte vil være sentralt også i videre forløp. Det kan ta tid å etablere en god allianse med pasienten. Pasienten kan veksle mellom å lukke seg og unnlåte å svare på spørsmål, og være mer åpen og tilgjengelig. Hen er da i større grad i stand til å ta imot tilbakemeldinger og grensesetting o.l. uten å bli krenket, og tar mer ansvar for egne problemer. Det kan være vanskelig å komme i gang med konstruktive behandlingsprosesser, det er utfordrende å utarbeide behandlingsplan med pasienten.

Aktuelt: Omfattende pågående rusbruk ved oppstart. Kan ha regelmessig bruk av flere rusmidler, som amfetamin, kokain, MDMA, cannabis og alkohol. Hen fungerer i liten grad i arbeidslivet eller tiltak. Strever med å overholde forpliktelser og krav i voksenlivet. Ustabilitet i nære relasjoner. Pasienten har et belastet nettverk, preget av kriminalitet, vold og rusbruk. Kan plages av voldsutøvelsen, opplever vansker med å kontrollere seg, kan være redd for å skade andre og isolerer seg for å forhindre det. Strever ofte med traumesymptomer. Har et høyt aktiveringsnivå og beskriver vedvarende vansker med uro og tankekyr. Blir som regel sliten av miljøet hen er i over tid, og kan bli plaget av depressive symptomer.

Sykehistorie: Tidlig debut av rusmiddelbruk. Ofte bruk av alkohol og cannabis fra 12-13 års alder, etter hvert regelmessig bruk av flere rusmidler som amfetamin, kokain, MDMA, cannabis og alkohol. Perioder med bedre rusmestring, men ofte langvarig og omfattende bruk. Pasienten har ofte vært utsatt for traumer som overgrep og vold, og kan selv ha vært tidlig utøver av vold. Hen forteller om omfattende atferdsvansker i oppveksten, vansker med konsentrasjon og oppmerksomhet. Som regel tidligere forløp i døgntilrettelagt behandling og poliklinikk, hvor pasienten har droppet ut eller er skrevet ut tidlig.

Oppvekst og skolegang: Belastende oppvekstbetingelser, utrygghet og konflikter hjemme. Etter hvert kanskje inn i barnevernet, eventuell oppfølging av PPT og BUP. Faller som regel tidlig ut av skolegang, ofte i løpet av eller rett etter ungdomsskolen. Pasienten involveres tidlig i miljø med illegale rusmidler, vold og kriminalitet. Har kanskje aldri fungert i arbeid, ofte flere nederlags-opplevelser i forsøk på å få til skole og praksis.

Diagnoser: Tilfredsstillende som regel kriteriene for flere avhengighetsdiagnoser, ofte diagnoser som tilbakevendende depresjon, PTSD, emosjonell ustabil pf. eller uspesifisert pf. Tilfredsstillende gjerne kravene til dyssosial pf. i SCID, men ikke i ICD-10, ettersom pasienten fremstår med noe kontaktevne, empati og skyldfølelse og ikke preget av det emosjonelt kalde, likegyldige overfor andre.

trekning og passivitet. Pasienten ser lite sammenheng mellom eget pågående rusbruk og aktuelle vansker, og har brukt cannabis daglig i flere år.

Vi så på profilene ved hjelp av skåringsverktøyet utviklet av Westen (2012), og det fremkom at pasientprofilene beskrev våre individuelle pasienter relativt godt (70 % av pasientene skåret 3 eller mer, mens rundt 30 % av pasientene falt utenfor profilene). Da vi tre klinikere deretter i fellesskap gikk gjennom skåringene for de enkelte pasientene, fant vi at vi i hovedsak var enige om hvilke pasienter som passet overens med de ulike kategoriene, men også to diskrepanser mellom våre skåringer.

Stereotypisk C-profil

Det første, og mest omfattende funnet, dreide seg om pasientprofil C. Vi hadde alle en oppfatning av en gruppe pasienter som lignet hverandre ved at de røykte cannabis. Dette var ofte unge menn som hadde lite innsikt i at cannabisbruken hindret dem i å komme seg videre i livet. Det viste seg at flere pasienter med cannabis som hovedrusmiddel hadde fått høye C-skårer, til tross for at helheten i det kliniske bildet for noen lignet mer på B-profilen med god sosial funksjon og større grad av innsikt i eget rusproblem. Det viste seg også at pasienter som i sitt overordnede mønster matchet en C-profil med sosial og psykolo-

Pasientprofil B

Kliniske observasjoner: I møte med pasienten opplever behandler pasienten som preget av et kraftig lidelsestrykk, men også med evne til å reflektere og se seg selv utenfra. Det er relativt lett å lage behandlingsplan fordi hen ofte selv er bevisst på at de strever med rus og psykisk lidelse, og uttrykker ønske om endring. Pasienten skylder lite på andre, og kan snarere ha en uavgrenset ansvarsfølelse og dårlig samvittighet. Rusbruks og psykisk lidelse oppleves skamfullt, og omfanget av problemene skjules for nettverket. Kan føle det ubekvemt å snakke om rus i timene, særlig i begynnelsen.

Aktuelt: Pasienten kommer i behandling med omfattende pågående eller nylig rusbruk, i hovedsak alkohol. Hen kan også bruke amfetamin, kokain, cannabis og/eller benzodiazepiner i begrenset omfang. Samtidig plages pasienten av markante depressive symptomer som selvforakt, håpløshet, meningsløshet, grubling og gjerne betydelig angst. Pasienten kan ha et forbausende høyt funksjonsnivå, med fast jobb eller studier, og nettverk med venner som ikke har et rusproblem.

Sykehistorie: Pasienten kan fortelle om omfattende depressive plager, selvskading, spiseforstyrrelser i oppveksten, som har debutert før rusbruken.

Hen har ofte hatt alvorlig selvmordsproblematikk, og tidligere vært i behandling i psykisk helsevern. Rusmiddelbruk fremtrer ikke som det primære problemet, men pasienten fremstår med lite tro på å håndtere vanskelige tanker og følelser på andre måter enn rusbruk, som truer evnen til å opprettholde funksjonsnivået.

Oppvekst og skolegang: Pasienten har ofte høyere utdanning. Foreldrene er ressurssterke, og pasienten har mye kontakt med dem. Imidlertid har pasienten som barn blitt utsatt for belastninger i form av perfektjonistiske krav og/eller mye krangling og konflikter. En av foreldrene kan selv ha betydelige psykiske vansker eller rusmisbruk.

Diagnoser: Tilfredsstillende kriterier for en alkoholavhengighetsdiagnose og kanskje skadelig bruk av andre rusmidler. De kan ha dystymi, tilbakevendende depresjon, bipolar lidelse eller også cluster C pf. (avhengig, unnvikende eller tvangspregt).

gisk funksjon preget av tilbaketrekning og passivitet, men ikke hadde cannabis som hovedrusmiddel, ikke ble gjenkjent som en C-profil. Gjennomgangen synliggjorde hvordan pasientprofil C ble preget av vår forforståelse om en «typisk cannabispasient», og at egenskaper til profilen ble hentet direkte fra forforståelsen. Denne forforståelsen der vi knyttet et mønster i psykologisk og sosial funksjon til bruk av et bestemt rusmiddel, cannabis, preget utarbeidelsen av pasientprofil C. Ved å sammenligne profil C med opplevelsen av konkrete pasienter ble det tydeligere for oss at vår oppfatning om den typiske cannabispasienten var en stereotypi. Vi fant både pasienter som hadde cannabis som hovedrusmiddel uten å være kjenetegnet av lite innsikt og passivitet, og pasienter som hadde alkohol som hovedrusmiddel, men ellers passet godt inn i profilen.

Negativ vektning i A-profilen

Det andre hovedfunnet dreide seg om en tendens til at vi i mindre grad identifiserte egne pasienter som like A-profilen enn de to andres pasienter. Når vi drøftet hverandres pasienter, oppfattet vi altså lettere at de andres pasienter passet bedre til beskrivelsen enn våre egne. Vi ble klar over at profilen hadde en negativ vektning som ikke var intendert. Ansvarlig behandler opplevde profilbeskrivelsen som mer entydig negativ enn det vi kjente igjen fra relasjonen til egne pasienter. Det som mangler i profilen, er mer udelt positive egenskaper, for eksempel evne til å vise sårbarhet og være direkte i relasjon. Det er ofte slik at vi liker og har sympati med egne A-pasienter. I etterkant har vi tenkt at det dreier seg om en «splitt» i opplevelsen av pasientene. Det er typisk for relasjonen til pasienter som ligner på profil A, at det kan være vanskelig for terapeuter å integrere de ulike relasjonserfaringene i møte med den.

Pasientprofil C

Kliniske observasjoner: I møte med pasienten kan det være vanskelig å danne seg et bilde av hva som er figur og grunn i det pasienten formidler, det kan være utfordrende å strukturere samtalen. Avklaring av behandlingsmål og ønsker om endring blir ofte en del av behandlingsprosessen fremfor innledningsvis. Samtidig er det en pasient som i liten grad eksternaliserer sine vansker. Fremtrer gjerne med uttalt behov for å bli lyttet til, er vare for avvisning, f.eks. kan det være vanskelig å avslutte timen.

Aktuelt: Når pasienten kommer i behandling, har hen brukt cannabis daglig i flere år. Kan ha noe bruk av andre rusmidler, som hallusinogener, kokain og alkohol mer til fest, men pleier ikke være avhengig av annet enn cannabis. Opplever som problem at hen nå står fast i livet sitt. Er gjerne i ferd med å falle ut av studier eller yrkesliv. Pasienten plages av depressive symptomer som nedstemthet, isolasjon, initiativløshet og har problemer med søvn og struktur i hverdagen. Det depressive henger typisk sammen med opplevelse av å ikke mestre. Pasienten har ofte sosial angst. Det beskrives typisk en opplevelse av å «trenge» å røyke cannabis for å få sove, roe tankene, regulere sinne. Mange ser sammenhenger mellom vansker og rusbruk, samtidig

ser de ofte ikke i hvilken grad cannabis påvirker symptomer og funksjonsnivå. Noen kan ha andre årsaksforklaringer, som ADHD, som de ønsker hjelp med, men mange kommer også med et ønske om hjelp til å slutte med cannabis. Pasientens nettverk består vanligvis av personer som også røyker cannabis, og cannabisbruken er for mange en viktig del av identiteten. Frykt for endring og rusfrihet kan dreie seg om følelse av å skulle miste en sentral del av seg selv, og bli stående uten nettverk.

Sykehistorie: Pasienten kan ha hatt atferdsvaner og sinneproblemer i oppveksten, og hen har tidlig kjent på en følelse av å være annerledes og fremmed i familie og skolemiljø. Debuterte gjerne med alkohol og cannabis i 14-15 års alder.

Oppvekst og skolegang: Pasienten beskriver ofte en oppvekst preget av utrygghet, med omsorgspersoner som har vært lite emosjonelt tilgjengelige, samtidig i jobb og med orden på økonomi og bolig. Pasienten har fungert i varierende grad gjennom skolegangen.

Diagnoser: Diagnostisk kan pasienten ha angstlidelse eller depressiv lidelse i tillegg til cannabisavhengighet, eller også engstelig unnvikende pf.

Diskusjon

Pasientprofiler versus kasedrøftinger

Kasusdrøftinger er uvurderlige både for innspill og til felles læring i et kollegafellesskap. Men drøftingsformen er ganske tidkrevende, slik at det er pasientforløpene som byr på særskilte utfordringer, som blir prioritert. Det innebærer en skjevhet i hvilke pasientforløp som drøftes, og kan medføre at vi ikke får delt erfaringer om hva som er god behandling i vanlige, mindre dramatiske pasientforløp. Pasientprofiler ble generert gjennom en sammenligning av alle pasientene på listene til tre klinikere, og vi ble sittende med beskrivelser som blir representative for ulike segmenter av pasientpopulasjonen. Slik vi erfarte, ble de tre profilene vi utarbeidet, svært ulike. På denne måten vil pasientprofilene A, B og C gi oss anledning til å drøfte et bredere utvalg av pasientforløp.

Det kan være sårbart å legge frem strevsomme saker til kasedrøfting, og det fordrer at kollegaene tilpasser sine innspill til det eieren av saken kan «ta inn». Denne sensitiviteten kan begrense hva de som ikke eier saken, deler av egne erfaringer, for eksempel suksesshistorier med tilsvarende saker. Vi opplevde at deling av erfaring i kollegafellesskapet med utgangspunkt i pasientprofilene førte til en mer fri og eksplisitt sammenligning av erfaring, og det viste seg blant annet at det ikke var de samme type pasientene vi syntes det var vanskeligst å jobbe med. I prosessen ble det tydeligere hvilke strategier klinkerne oppfattet som nyttige for profil A, B og C, likeledes noen uenigheter om terapeutiske strategier som vi ikke var bevisst. I kontrast til kasusformulering der en hjelper den enkelte med en konkret klinisk problemløsning, gir profilene mulighet til en mer overordnet systematisk erfaringsutveksling.

Pasientprofiler versus diagnoser

Diagnoser og profiler har til felles at de representerer kategorier som gir anledning til å bygge opp eksplisitt kunnskap. Diagnoser kan noen ganger hjelpe klinikeren til å finne nyttige behandlingstilnærminger, ikke minst fordi behandlingsforskning ofte bruker diagnostiske kategorier. Eksempelvis kan både en tilbaketrukket middelaldrende uføretrygdet mann og en ung student som nylig har mistet kontrollen over sin rusmiddelbruk, få diagnosen alkoholavhengighet. Det blir da lite meningsfullt å sammenligne behandlingserfaringer ut ifra diagnose. I arbeidet med de moderne diagnosesystemene har man utviklet diagnoser ved å samle symptomer som korrelerer med hverandre (Blashfield et al., 2014). Målet var å komme frem til diagnoser som korresponderte til underliggende syndromer, men dette har vist seg å ikke føre frem (Hyman, 2010; Kupfer et al., 2002). I motsetning til diagnosene tar pasientprofilene som er presentert her, utgangspunkt i behandlerens intuitive og lokale kunnskap i form av hvilke pasienter som kjennes like ut å ha i behandling. Basert på en artikulering og systematisk sammenligning av intuitiv kunnskap håpet vi å plassere sammen pasienter som kunne ha nytte av lignende tilnærminger. Kollegafellesskapet opplevde at det var noen typiske utfordringer for hver av profilene, og at en kunne samles om et felles sett av nyttige strategier for hver profil.

Vi kan ikke ta for gitt at det at pasienter kjennes like ut, representerer gyldig intuitiv kunnskap. Klein (1997) forstår eksperters spontane og effektive persepsjon som uttrykk for intuitiv kunnskap. Ekspertene ser raskt hva som er relevante mål, aktuelle tiltak og hvilke trekk i situasjonen det er viktig å følge med på, uten at de kan redegjøre for hvordan de kom frem til situasjonsforståelsen. Forutsetningene for å utvikle gyldig intuitiv ekspertise på et felt er imidlertid tilstrekkelig erfaring over tid med regelmessige sammenhenger (Kahneman & Klein, 2009). Det har vært en diskusjon om kliniske psykologer erfarer nok av observerbare og regelmessige sammenhenger til å kunne utvikle gyldig intuitiv kunnskap (Dawes, 1994; Kahneman, 2011). Kahneman (2011) argumenterer for at psykoterapeuter kan ha gyldig intuitiv kunnskap om for eksempel å regulere sinne eller skape tillit, ettersom de har mange anledninger til å observere umiddelbare reaksjoner på regulerende intervensjoner. Vi legger til grunn at terapeuter kan ha gyldig intuitiv kunnskap om hva slags type mål en kan nå i en samtale med en pasient, og hva som kan bidra til det, for eksempel pasientens grad av evne til å forstå sammenhenger i eget liv eller pasientens behov for validering av følelser. Når klinikere med erfaring sor-

terer pasienter etter hvem som kjennes like ut å ha i behandling, vil oppgaven aktivere intuitiv kunnskap om hvordan ulike pasienter trenger å bli møtt. Derimot vil diagnoser som inngår i aktuariske vurderinger (Dawes, 1994) være bedre egnet til å tenke prognostisk over lengre tid.

Generaliserbarhet av pasientprofiler

Pasientprofiler er eksplisitt lokale kategorier i motsetning til diagnosekategoriene, som er universelle. Et kjennetegn ved intuitiv kunnskap er at den er kontekstspesifikk, den er gyldig i den konkrete sammenhengen den er utviklet i (Klein, 1997). Forskjeller i opptaksområde og inntakskriterier skaper betydelig forskjell mellom pasientpopulasjoner. Ulike typer av enheter vil ha ulike formål og rammer for som har betydning for veivalg i behandling. Pasientprofiler innenfor en avrusningsenhet vil se ganske annerledes ut, selv om en del av pasientene er de samme. Pasientprofilene vi utvikler på en ruspoliklinikk i indre Oslo øst, vil ikke uten videre være representative for pasientene på en ruspoliklinikk et annet sted i landet. Metoden for å utarbeide typiske pasientprofiler kan være nyttige for et bredt spekter av kliniske enheter. Diagnosekategorier som vitenskapelig operasjonaliserbare kategorier har på den annen side sin styrke i at det kan brukes som utgangspunkt for forskning på behandlingsmetoder for ulike grupper av pasienter i ulike settinger. Pasientprofiler er et supplement til diagnosekategorier som kan hjelpe klinikere med å integrere forskningsbasert kunnskap. Med pasientprofiler kan klinikere dele erfaringer med å tilpasse forskningsbaserte intervensjoner for ulike typer av pasienter.

Pasientprofiler som prosessverktøy

Et sentralt poeng ved metoden for å utarbeide typiske pasientprofiler er at den er gjennomførbar i en vanlig klinisk kontekst. Vi har basert oss på å bruke vår egen hukommelse og forståelse av våre pasienter som «empiri» i sammenligningen. Glaser og Strauss (1967) omtaler bruk av personlige minner og anerkjenner dette også som en mulig delstrategi i GT. Tidkrevende metoder, som semi-strukturerte intervjuer og transkribering av disse, er urealistiske om pasientprofilene skal utvikles av terapeuter i vanlige kliniske settinger. Samtidig vil vår bruk av «empiri» innebære en begrensning i andres mulighet til å sjekke eller vurdere sammenligningene som har munnet ut i pasientprofilene. Hensikten med prosjektet er imidlertid ikke å lage allmenngyldige kategorier, men å beskrive steg i en metode som kan brukes i ulike lokale kontekster. Vår erfaring er at metoden gjør oss i stand til

å korrigere våre egne stereotypier og feiloppfatninger, og dele erfaringer for å utviklet en økt felles klinisk nær kunnskap i vår poliklinikk.

Både med profil C og A så vi at metodisk utvikling av pasientprofiler var nyttige for å bli bevisst på og utfordre egne oppfatninger om grupper av pasienter. I prosjektet så vi betydningen av å finne egenskapene til profilene gjennom systematisk sammenligning av konkrete pasienter, foreta flere runder der man i fellesskap går igjennom kategoriene man har kommet frem til, og sjekke ut hvordan pasientprofilene passer med konkrete pasienterfaringer. Dersom man ikke i tilstrekkelig grad forankrer profilene i konkrete pasienterfaringer, risikerer man at profilene tar utgangspunkt i stereotypier.

Metoden med å gruppere pasienter gjør artikulering av taus kunnskap mulig, og man oppnår en bevisstgjøring av implisitte kategorier. En fordel ved å artikulere intuitive grupperinger eller kategoriseringer er at man får nyansert og reflektert over stereotypier, fordommer og skjevheter som er en del av enhver behandlingskultur. Etter å ha utviklet og skrevet ned våre lokale pasientprofiler la vi blant annet merke til at pasientbeskrivelsene manglet informasjon om somatiske sykdommer og tilstander. Vi som har jobbet med prosjektet, er psykologer, og vår ruspoliklinikk har vært dominert av psykologer og sosialfaglige terapeuter, med historisk sett lav andel av leger og sykepleiere. Utarbeidelsen av pasientprofilene gjorde det tydelig at det medisinskfaglige perspektivet har hatt liten plass hos oss. En gevinst ved prosessen er altså at tause forutsetninger i behandlingskulturen ble lettere å få øye på. Vår slagside her viste oss også betydningen av å få inn perspektiver fra bredden i behandlergruppen i utformingen av profilene.

Videre utvikling av metoden

I prosjektet har vi utarbeidet en metode for å utvikle en typologi som kan fasiliterer systematisk erfaringsdeling mellom klinikere i et kollegafellesskap, og med det fremme lokal kunnskapsutvikling om hva som er nyttig behandling for ulike typer av pasienter. Vi har ikke systematisk undersøkt om pasientprofilene fasiliterer erfaringsutveksling, men vi har brukt dem i noen erfaringsdrøftinger hos oss. Vår erfaring så langt er at profilene bidrar til mer systematiske drøftinger av behandling enn kasusdrøftinger. Fremover bør metoden for kategorisering og pasientprofiler utvikles og evalueres ytterligere. Vi ser for oss mer direkte undersøkelser av om pasientprofiler fasiliterer sammenligning av behandlingserfaringer. I tillegg vil det være viktig å utvikle pasientprofilene på andre

kliniske enheter for å høste erfaring med metoden og spennvidden mellom ulike lokale pasientprofiler i praksis. ✕

Referanser

- Babor, T.F. & Caetano, R. (2006). Subtypes of substance dependence and abuse: implications for diagnostic classification and empirical research. *Addiction*, 101(Suppl. 1), 104–110. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01595.x>
- Blashfield, R.K., Keeley, J.W., Flanagan, E.H. & Miles, S.R. (2014). The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 25–51. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153639>
- Bui, H. & Baruch, Y. (2010). Creating learning organizations: A systems perspective. *The Learning Organization*, 17(3), 208–227.
- Dawes, R.M. (1994). *House of Cards: Psychology and psychotherapy built on myth*. The Free Press.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine Transaction.
- Hesselbrock, V.M. & Hesselbrock, M.N. (2006). Are there empirically supported and clinically useful subtypes of alcohol dependence? [Review]. *Addiction*, 101(Suppl. 1), 97–103. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01596.x>
- Hyman, S.E. (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155–179. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy.3.022806.091532>
- Insel, T.R. (2014). The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Project: precision medicine for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 171(4), 395–397. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14020138>
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D.S., Quinn, K., Sanislow, C. & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748–751. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, Fast and Slow*. Penguin Books.
- Kahneman, D. & Klein, G. (2009). Conditions for intuitive expertise: a failure to disagree. *American Psychologist*, 64(6), 515–526. <https://doi.org/10.1037/a0016755>
- Kim, H.S. & Hodgins, D.C. (2018). Component Model of Addiction Treatment: A Pragmatic Transdiagnostic Treatment Model of Behavioral and Substance Addictions. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 406. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00406>
- Klein, W.M. (1997). Objective standards are not enough: affective, self-evaluative, and behavioral responses to social comparison information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(4), 763–774. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.72.4.763>
- Koob, G.F. & Volkow, N.D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*, 3(8), 760–773. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00104-8)

- Kupfer, D.J., First, M.B. & Regier, D.A. (2002). *A research agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association.
- Kwako, L.E., Momenan, R., Litten, R.Z., Koob, G.F. & Goldman, D. (2016). Addictions Neuroclinical Assessment: A Neuroscience-Based Framework for Addictive Disorders. *Biological Psychiatry*, 80(3), 179–189. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.10.024>
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E.R. & Shafran, R. (2008). Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 181–191. <https://doi.org/10.1680/ijct.2008.1.3.181>
- Nonaka, I. (1994). A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Organization Science*, 5(1), 14–37. <https://doi.org/10.1287/orsc.5.1.14>
- PDM task force. (2006). *Psychodynamic diagnostic manual (PDM)*. Guilford Press.
- Tabrizi, N., Monazam, M. & Morgan, S.L. (2013). Models for Describing Knowledge Sharing Practices in the Healthcare Industry: Example of Experience Knowledge Sharing. *The International Journal of Management*, 1, 48–67. <https://doi.org/10.18646/2056.12.14-004>
- Westen, D. (2012). Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(1), 16–21. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.004>
- Wright, A.G., Krueger, R.F., Hobbs, M.J., Markon, K.E., Eaton, N.R. & Slade, T. (2013). The structure of psychopathology: toward an expanded quantitative empirical model. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 281–294. <https://doi.org/10.1037/a0030133>



Kurs for bedre selvfølelse

Selvfølelse er et sentralt tema for personer til behandling i psykisk helsevern. Erfaringer fra Diakonhjemmet sykehus tilsier at gruppetilbud for bedre selvfølelse er til hjelp.

GJENNOM VÅR KONTAKT med unge voksne pasienter i psykisk helsevern har vi erfart at lav selvfølelse er et problem hos mange. Lav selvfølelse er en risikofaktor for utvikling av psykiske lidelser og sosiale problemer. Selvfølelse kan være spesielt avgjørende for unge mennesker, i en periode hvor man strever med å tilegne seg en identitet og skulle gå inn i de ulike rollene som voksen. Vi har derfor utviklet behandlingstilbudet *Kurs for bedre selvfølelse i hverdagen*, som vi startet første gang i 2020 (se også Starckjohann, 2021).

Her vil vi presentere gruppetilbudet for våre kolleger fordi vi ønsker å inspirere andre til å etablere tilsvarende tilbud, enten i form av individuell behandling eller behandling i gruppe.

Vi tenker at selvfølelse generelt er et tema som det ofte er viktig å løfte frem i samtaler med personer med psykiske plager og lidelser som oppsøker helsevesenet. Vi håper at du som leser, kan få nyttige innspill til hvordan du kan legge til rette for gode samtaler om dette sårbare og noen ganger også skambelagte temaet.

HVA VET VI OM SELVFØLELSE?

Selvfølelse er forbundet med psykisk helse, livskvalitet og dagliglivsfunksjon. Den kan fungere som et filter, et kognitivt skjema, for ekstern informasjon som påvirker vår sinnstemning og atferd på en positiv eller negativ måte (van Tuijl et al., 2018). En god selvfølelse er korrelert med god livskvalitet (Diener & Die-

TEKST Nasrettin Sönmez, Torkil Berge, Kåre Osnes, Gitta Starckjohann og Kari Agnes Myhre, Diakonhjemmet sykehus

KONTAKT Nasrettin.Sonmez@diakonsyk.no

MERKNAD Ingen oppgitte interessekonflikter.





Depresjon svekker selvfølelsen, og lav selvfølelse gir en sårbarhet for å utvikle depresjon

ner, 1995) og det å fungere godt sosialt, i familie, blant venner, på skole og i arbeid (Orth & Robbins, 2022). Lav selvfølelse er en risikofaktor for å utvikle psykiske lidelser (Bosacki et al., 2007; Mann et al., 2004; Neumark-Sztainer et al., 2007; Strauss, 2000).

Forholdet mellom depresjon og selvfølelse er nært (Chen et al., 2013), og de påvirker hverandre gjensidig. Depresjon svekker selvfølelsen, og lav selvfølelse gir en sårbarhet for å utvikle depresjon (Sowislo & Orth, 2013).

Lav selvfølelse har sammenheng med symptomer på angst (Sowislo & Orth, 2013) og økt risiko for selvmord og voldelig atferd (Bosacki et al., 2007; Mann et al., 2004; Soto-Sanz et al., 2019). Tilsvarende er lav selvfølelse forbundet med hyppigere kriminell atferd (Trzesniewski et al., 2006), tidlig seksuell debut for jenter (Spencer et al., 2002) og rusmiddelproblemer (Arsandaux et al., 2020). Lav selvfølelse hos unge voksne er knyttet til sosiale faktorer som arbeidsledighet, økonomiske vansker og et lavere utdanningsnivå (Waddell, 2006). Det antas at lav selvfølelse gir seg uttrykk lenger ned i aldersgruppene enn tidligere antatt, og at problemet er økende (Bakken, 2018; Reneflot et al., 2018).

Bli verter av selvkritikk

Personer med lav selvfølelse kan ha en tendens til selvkritisk grubling (Hagen et al., 2020; Kolubinski et al., 2019). Grubling preges av påtrengende og repeterende tanker omkring ens negative følelser og problemer, uten aktive forsøk på problemløsning (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Ved selvkritisk grubling rettes oppmerksomheten igjen og igjen mot egne feil og nederlag, ofte ledsaget av følelser av maktesløshet og håpløshet. Samtidig kan personen oppleve å ha liten grad av kontroll over de negative og ofte vanemessige kvernetankene. Tiltak for økt kontroll over selvkritisk grubling kan dermed bidra til å styrke selvfølelsen.

Selvmedfølelse styrker selvfølelsen

Det er en nær sammenheng mellom evne til selvmedfølelse og selvfølelse, med høy grad av overlapp mellom de to begrepene (Muris & Otgaar, 2023). Selvmedfølelse er forbundet med hvordan vi behandler oss selv i møte med nederlag og lidelse, og i hvilken grad vi kan innta en omsorgsfull og forståelsesfull holdning til oss selv når vi har det vanskelig. Intervensjoner for å styrke evnen til selvmedfølelse er vist å redusere grubling og selvkritikk, angst og depresjon, og å styrke selvaksept og selvfølelse (Ferrari et al., 2019; Thomason & Moghaddam, 2021).

GRUPPEBEHANDLING FOR LAV SELVFØLELSE

Vi vet en del om virkningen ulike typer intervensjoner har på selvfølelse, inkludert gruppeformatet. I en nylig metaanalyse fant man at flere typer psykoterapi for depresjon hadde moderat effekt på bedring av selvfølelse, også ved 6–12 måneders oppfølging (Bhattacharya et al., 2023). En metaanalyse av ulike typer av terapeutiske tiltak direkte rettet mot styrking av selvfølelse inkluderte 119 studier med over 8000 deltakere i ulike aldre (Niveau et al., 2021). Resultatene viste en signifikant effekt på selvfølelse, også ved ett års oppfølging. Metaanalysen omfattet både studier av individuell behandling og gruppebehandling. Det var størst effekt for intervensjoner basert på kognitiv atferdsterapi, som er den terapeutiske tilnærmingen som har vært gjenstand for flest studier på området. En annen metaanalyse som så på individuell behandling og gruppebehandling basert på Fennells (2007) kognitive atferdsterapeutiske tilnærming,

fant stor effekt på bedring av selvfølelse, også ved oppfølging etter tre måneder (Kolubinski et al., 2018).

I utviklingen av kurset har vi vært inspirert av anerkjent faglitteratur på området, f.eks. *Å bekjempe lav selvfølelse* (Fennell, 2007), *Self-esteem* (McKay & Fanning, 2016), *Banish your self-esteem thief* (Collins-Donnelly, 2014) og *The compassionate mind* (Gilbert, 2010). En videreutvikling av Fennells modell for selvfølelse finnes i Rimes et al. (2023).

KURS FOR BEDRE SELVFØLELSE I HVERDAGEN

Kurset består av åtte sesjoner à to timer per uke, inkludert undervisning og gruppearbeid. Til nå har vi arrangert syv slike kurs, og 38 pasienter har fullført kurset. Før oppstart blir deltakerne invitert til en kombinert inklusjons- og introduksjonssamtale. Kurset blir evaluert gjennom systematisk måling av faktorer som er forbundet med selvfølelse, samt depressive symptomer og symptomer på sosial angst.

Hver sesjon starter med en kort oppsummering av forrige tema og gjennomgang av hjemmeoppgaver, det vil si det deltakerne øver på mellom hver samling. Så følger en teoridel som presenterer dagens tema, diskusjon og erfaringsutveksling og presentasjon av ny hjemmeoppgave.

Avklaring av begreper

Kurset starter med en avklaring av begreper som selvfølelse, selvoppfatning og selvtillit. Kunnskap om forskjellen mellom begrepene er et nyttig utgangspunkt for senere diskusjoner i kurset. Vi erfarer at deltakerne ofte blander sammen begrepene, spesielt selvtillit og selvfølelse. Vi pleier å formidle til deltakerne at selvfølelse beskriver hvordan vi bedømmer og verdsetter oss selv (Fennell, 2007; Øiestad, 2009), og at det sentrale er den følelsesmessige reaksjonen i vår vurdering. Selvoppfatning («self-concept»), derimot, betegner den totale forståelsen vi har av oss selv, og omfatter alt som har med selvet vårt å gjøre, både navn, rase, sivil status, utseende, høyde og vekt. Selvtillit er vår tro på oss selv i bestemte situasjoner, f.eks. når det gjelder fysisk aktivitet (Vealey & Chase, 2008), men også hva vi har fått til generelt i livet, og hva vi tror at vi er i stand til å prestere fremover, på skole, i arbeid eller på fritiden sammen med andre. Selvtillit kan variere på tvers av tid, relasjoner og situasjoner (Lenney, 1977).

Vi formidler til kursdeltakerne at det ikke er uvanlig å ha både lav selvfølelse og god selvtillit. Vi sier at dersom du er flink i idrett, kan du ha god selvtillit på det området, men fortsatt ha en dårlig selvfølelse. En god selvfølelse hjelper imidlertid på selvtilliten, fordi den styrker evnen til å tåle motgang. Du kan mislykkes i noe, uten å ta det som et personlig nederlag som svekker din verdi som menneske. Et tilbakevendende tema på kurset er at med en god selvfølelse blir det lettere å lære av feil du gjør, slik at du blir bedre til å mestre situasjonen neste gang. Som vi skal komme tilbake til, knytter vi dette poenget opp til forskningen om en prestasjonsorientering versus en lærings- og mestringsorientering, der feilgrep er noe vi kan lære av og å vokse på, uten at selvfølelsen trues (Dweck, 2017).

Selvfølelse er verdien vi opplever å ha

Vi sier til kursdeltakerne at man har en god selvfølelse når man har en avbalansert kontakt med egne sterke og svake sider. Den som har en god selvfølelse, evner å inkludere også svakere sider ved seg selv i sin selvoppfatning, uten at det blir en trussel mot opplevelsen av identitet og

Temaer i kurset

- Ulike sider av selvforståelse: selvfølelse, selvoppfatning og selvtillit
- Et overblikk over strategier for å styrke selvfølelsen
- Forholdet mellom følelser og tanker
- Bevisstgjøring av en indre kritisk stemme
- Handlingsmønstre som påvirker selvfølelsen
- Bruk av handlingsregler i vaneendring for å styrke selvfølelsen
- Tiltak for å redusere selvkritisk grubling
- Tiltak for å ta bedre vare på seg selv
- Tiltak for å bli mer selvhverdende og kunne få frem sine meninger og behov
- Tiltak for å styrke forholdet til familie og venner



Et mål er å styrke evnen til å vurdere seg selv med en rettferdig og balansert holdning når man har det vanskelig

verdi. Gode egenskaper her er evne til distanse og selvironi, og toleranse for svakheter ved seg selv. Man kan gi eller be om hjelp når det trengs, uten å føle seg utnyttet eller truet.

Vi sier også at de som har en lav selvfølelse, kan ha problemer med å akseptere seg selv. De finner feil ved seg selv, og bruker negative betegnelser i sin beskrivelse av seg selv. De blir fort urettferdige mot seg selv, som når de gir seg selv skylden for noe som andre forhold også har medvirket til. Et mål i behandlingen er å styrke evnen til å vurdere seg selv med en rettferdig og balansert holdning når man har det vanskelig.

På kurset tar vi opp hva deltakerne synes om kjennetegnene ved seg selv. Er de fornøyd med hvordan de ser ut? Hva synes de om stemmen sin, hudfargen sin, utdanning eller arbeid? Vi sier at dersom man har negative holdninger til mange av faktorene som til sammen utgjør ens selvoppfatning, kan det ramme selvfølelsen.

Kartlegging av selvfølelsen

Kursdeltakerne får mulighet til å kartlegge selvfølelsen sin og reflektere rundt det de kommer frem til. Vi drøfter hvilke negative utsagn som typisk uttrykkes i personens indre dialog, og ber om eksempler. Utsagn som «Jeg er ubrukelig» indikerer lav selvfølelse, mens utsagn som «Jeg er et godt menneske» er uttrykk for en positiv selvfølelse.

Vi ser på forholdet mellom fakta om en selv (som ofte er observerbare for andre) og hva man er fornøyd eller misfornøyd med, som utseende, sosial situasjon, væremåter, hobbyer og interesser. Et tema her er betydningen av å være realistisk og ærlig mot seg selv, hva man har mulighet til å endre, og hva man ikke kan gjøre noe med.

Styrking av selvfølelsen

Arbeidet med å styrke selvfølelsen blir presentert på følgende måte: «Prøv å innta en mest mulig realistisk oppfatning av hvem du er og ikke er, og hva du kan og ikke kan. En faktabasert og nyansert selvforståelse gir et bedre grunnlag for selvutvikling.»

Vi formidler at det å bygge opp en god selvfølelse ikke handler om å forandre hvem du er, f.eks. å bli flinkere. Det sentrale er heller å endre måten du tenker om hvem du er på, altså holdningen du har til deg selv. Her er raushet og toleranse viktig. Ved å ha realistiske forventninger er du bedre i stand til å sette oppnåelige mål for deg selv.

I løpet av kurset kommer vi stadig tilbake til at du ikke blir egoist eller arrogant av å ha en god selvfølelse. Du blir heller mer åpen og forståelsesfull i møte med dine medmennesker. Det er lettere å sette pris på andre dersom du evner å sette pris på deg selv. Selvrespekt gir et godt grunnlag for å respektere andre.

Forholdet mellom følelser og tanker

Bevissthet om tanker og følelser, og om samspillet mellom dem, kan være nøkkelen til en realistisk og positiv selvforståelse. Man trenger å få med følelsene og etablere en samstemt dialog mellom den «følende» og den «tenkende» hjernen. På kurset legges det opp til refleksjonsøvelser som får frem sider ved dette samspillet.

Bevistgjøringen av ens holdning til seg selv er en rød tråd: Hvordan kan deltakerne bli kjent med de negative tanke- og handlingsmønstrene sine, og så trene på å innta en mer positiv og realistisk holdning både til seg selv og andre?

Bevisstgjøring om indre kritisk stemme

Vi går inn på temaet «din kritiske indre stemme» og følelser av flauhet, skam og selvforakt. Den kritiske stemmen tar gjerne form av repeterende selvkritikk og grubling. Det er viktig å bli stemmen bevisst, og jobbe med å få frem mer tolerante, vennlige og omsorgsfulle stemmer som åpner opp for andre følelser. Man kan her løfte frem faktabaserte eller vennlige alternativer til de selvkritiske tankene. Alternativt kan man ta stilling til nytteverdien av de negative kvernetankene og velge å ikke gå i diskusjon med dem. Man kan trene på å flytte oppmerksomheten bort fra slike tanker, f.eks. vanemessige etter-analyser av hva man tror man har gjort feil i ulike sosiale situasjoner. En slik mental strategi kan ta form av en prosess i tre trinn: Bli klar over tankene, aksepter dem som tanker og ikke fakta, og la tankene passere ut av oppmerksomhetsfeltet uten å prøve å undertrykke dem eller gå i diskusjon med dem (Berge & Repål, 2022).

Handlingsmønstre som påvirker

Unngåelse og utsettelsesatferd blir for noen automatiske vanemønstre som opprettholder og forsterker lav selvfølelse. Vi drøfter muligheten for å erstatte slike vaner med hensiktsmessig vaner. Bruk av handlingsregler i form av «hvis-så-formuleringer» (Berge & Fjerstad, 2020; Gollwitzer & Sheeran, 2006) foreslås som en metode for å etablere nye vanemønstre som kan bygge opp under en god selvfølelse, f.eks. for å motvirke passivitet og ensomhet.

Vi ønsker at den enkelte setter opp konkrete, gjennomførbare mål for handlinger som kan bidra til styrket selvfølelse, ikke minst i samhandling med andre. Det inkluderer temaer som selvhevdelse og måter å kommunisere egne meninger, ønsker og behov på.

Lærings- og mestringsorientering

Et viktig tema er som nevnt betydningen av en lærings- og mestringsorientering i stedet for en prestasjonsorientering (Dweck, 2006), noe vi formulerer slik på kurset:

Du kan trene på å innta en holdning om at du gjør så godt du kan, også når du ikke lykkes. Noen ganger gjør du feil, og må betale for det ved at du ikke oppnår det du ønsker. Legg uansett vekt på innsatsen, at du prøvde, mer enn resultatet. En slik innstilling er forbundet

med økt mulighet til å lære og utvikle seg. Det blir lettere å se hva du kunne gjort annerledes. Oppmerksomheten rettes mot de konkrete erfaringene du gjorde underveis, erfaringer å lære av. Du bruker dessuten mindre energi på å bebreide deg selv for ikke å lykkes og gruble over hvorfor det ble slik, og får en mer problem-løsende og konstruktiv innstilling.

Relasjoner til andre

Selvfølelse har stor betydning for kvaliteten på ens relasjoner til andre. Et viktig tema er måter å styrke forholdet til familie og venner på. På kurset formulerer vi det slik:

Forstår vi oss selv bedre, med økt selvaksept, blir det enklere også å prøve å forstå andre. Møter vi oss selv med raushet, blir vi gjerne mer åpne og tolerante mot andre, og får økt forståelse for hvorfor de handler som de gjør. Det kan bidra til å styrke vårt forhold til dem.

Vi fremhever betydningen av vilje til kompromisser basert på respekt for andres situasjon og synspunkter. Dessuten drøfter vi hvordan deltakerne kan håndtere eventuelle feilgrep og tabber på en konstruktiv måte, og strategier for å håndtere urettferdig kritikk og urimelig høye krav og forventninger fra seg selv og andre.

EVALUERING AV KURSET

Vi har gitt alle kursdeltakerne selvrapporeringsskjemaer for selvfølelse, psykisk helse og livskvalitet før kursstart og ved kursslutt. Vi har også kartlagt deltakernes vurdering av kursets innhold og kvalitet, hva de har hatt mest utbytte av og deres forslag til endringer. Det er, 27 kvinner og 11 menn som har fullført kurset. Vår kartlegging av kursdeltakerne rimer med det vi vet i forskningen fra tidligere, at lav selvfølelse henger sammen med symptomer på psykiske lidelser, blant annet depresjon og sosial angst, og redusert livskvalitet.

Deltakernes tilbakemeldinger

Gjennomsnittlig vurdering av kursets kvalitet og innhold er 81 av 100. Dette tyder på at kurset oppleves som hensiktsmessig av disse deltakerne. Oppmøtet for de syv kursene var på 76 %, som trolig er en indikasjon på at kurset treffer målgruppen ganske godt.

De mest populære temaene er «Du kan bli klar over din kritiske stemme», «Du kan bli »

mer selvhevdende og få frem dine meninger og behov» og «Du kan lære å innta en ny holdning til deg selv». På spørsmålet om hva som har vært mest nyttig, trekker deltakere frem «diskusjon og erfaringsdeling», «arbeid i grupper», «knytte teori til personlige eksempler», «å bli mer bevisst seg selv og sine tanker, kanskje få en større forståelse av hvem man er» og «har lært teknikker som kan brukes i dagliglivet». På spørsmålet om hva som har vært minst nyttig, legger noen vekt på «det å sitte og se på lysark med mye tekst», «tungt stoff til tider, lett å falle av» og «for lite gruppeaktivitet». Under forslag til forbedring kommer det frem følgende: «få foredragsstoffet på video for å kunne gå gjennom stoffet før samlingene», «ha kurset over flere uker og korte ned på fagstoffet», «drøfte mer i fellesskapet» og «tilpasse eksemplene bedre til gruppesammensetningen».

Når det gjelder tilbakemeldingene fra selvrapporteringsskjemaene, noterte vi forbedringer i selvfølelse og livskvalitet og reduserte depresjonsplager. De 24 prosentene som falt fra, oppga ulike grunner til frafallet. Noen falt fra rett etter kursstart og noen halvveis i kur-

set. Vanlige begrunnelser var jobb og studiere-laterte endringer som overlappet med kursets tidspunkt. Det var også enkelte deltakere som falt fra uten å gi begrunnelse. Et par kursdeltakere måtte avslutte kurset som følge av forverring i de psykiske plagene.

AVSLUTNING

Vi tenker at *Kurs for bedre selvfølelse i hverdagen* også kan fungere som et forebyggende tiltak i primærhelsetjenesten eller på kommunalt nivå. Bakgrunnen er at en svak selvfølelse kan bidra til utvikling av psykisk lidelse og svekke menneskers motstandskraft ved belastninger. Tilsvarende kan en sterk selvfølelse motvirke utvikling av depresjon og sosial angst, fordi personen i større grad kan mobilisere en støttende holdning til seg selv når livet er vanskelig.

Vår erfaring er at mange som søker hjelp, har et sterkt ønske om å snakke om selvfølelse. Vi har presentert en rekke mulige innfallsvinkler til å ta opp temaet selvfølelse i terapeutiske samtaler, og vi håper at artikkelen inspirerer deg som leser til nettopp dette. ✘

REFERANSER

- Arsandaux, J., Montagni, I., Macalli, M., Bouteloup, V., Tzourio, C. & Galéra, C. (2020). Health risk behaviors and self-esteem among college students: Systematic review of quantitative studies. *International Journal of Behavioral Medicine*, 27(2), 142–159. <https://doi.org/10.1007/s12529-020-09857-w>
- Bakken, A. (2018). *Ungdata 2018*. Nasjonale resultater (8278946728). Hentet fra <https://www.forebygging.no/Global/Ungdata-2018.%20Nasjonale%20resultater.pdf>
- Bhattacharya, S., Kennedy, M., Miguel, C., Tröger, A., Hofmann, S.G. & Cuijpers, P. (2023). Effect of psychotherapy for adult depression on self-esteem: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 15(325), 572–581. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.047>
- Berge, T. & Fjerstad, E. (2020). Bruk av handlingsregler i vaneendring. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*. <https://tidsskrift.kognitiv.no/bruk-av-handlingsregler-i-vaneendring/>
- Berge, T. & Repål, A. (2022). Introduksjon til kognitiv atferdsterapi. I T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv atferdsterapi* (3. utg., s. 19–40). Gyldendal Akademisk.
- Bosacki, S., Dane, A. & Marini, Z. (2007). Peer relationships and internalizing problems in adolescents: mediating role of self-esteem. *Emotional and Behavioral Difficulties*, 12(4), 261–282. <https://doi.org/10.1080/13632750701664293>
- Chen, S.J., Chiu, C.H. & Huang, C. (2013). Self-esteem and depression in a Taiwanese population: a meta-analysis. *Social Behavior and Personality*, 41(4), 577–586. <https://doi.org/10.2224/sbp.2013.41.4.577>
- Collins-Donnelly, K. (2014.). *Banish your self-esteem thief*. Jessica Kingsley Publishers.
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653–663.
- Dweck, C.S. (2017). *Mindset. Changing the way you think to fulfil your potential*. London: Robinson.
- Fennell, M. (2007). *Å bekjempe lav selvfølelse*. Tapir.
- Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A., Abbott, M.J., Beath, A.P. & Einstein, D.A. (2019). Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: A meta-analysis of RCTs. *Mindfulness*, 10(8), 1455–1473. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01134-6>
- Gilbert P. (2010). *The compassionate mind*. Constable & Robinson.
- Gollwitzer, P.M. & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 38(6), 69–119. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(06\)38002-1](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(06)38002-1)

- Hagen, R., Havnen, A., Hjemdal, O., Kennair, L.E. O., Ryum, T. & Solem S. (2020). Protective and vulnerability factors in self-esteem: The role of metacognitions, brooding, and resilience. *Frontiers in Psychology, 11*, 1447. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01447>
- Kolubinski, D.C., Frings, D., Nikčević, A.V., Lawrence, J.A. & Spada, M.M. (2018). A systematic review and meta-analysis of CBT interventions based on the Fennell model of low self-esteem. *Psychiatry Research, 267*, 296–305. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.025>
- Kolubinski, D.C., Marino, C., Nikčević, A.V. & Spada, M.M. (2019). A metacognitive model of self-esteem. *Journal of Affective Disorders, 256*, 42–53. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.050>
- Lenney, E. (1977). Women's self-confidence in achievement settings. *Psychological Bulletin, 84*(1), 1–13.
- Mann, M., Hosman, C.M., Schaalma, H.P. & de Vries, N.K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research, 19*(4), 357–372. <https://doi.org/10.1093/her/cyg041>
- McKay, M.F. P. & Fanning, P. (2016). *Self-esteem*. New Harbinger Publication.
- Muris, P. & Otgaar, H. (2023). Self-esteem and self-compassion: A narrative review and meta-analysis on their links to psychological problems and well-being. *Psychological Research and Behavior Management, 16*, 2961–2975. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S402455>
- Neumark-Sztainer, D.R., Wall, M.M., Haines, J.I., Story, M.T., Sherwood, N.E. & van den Berg, P.A. (2007). Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine, 33*(5), 359–369. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.07.031>
- Niveau, N., New, B. & Beaudoin, M. (2021). Self-esteem Interventions in adults – A systematic review and meta-analysis. *Journal of Research in Personality, 94*, 104131. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2021.104131>
- 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>
- Orth, U. & Robbins, R.W. (2022). Is high self-esteem beneficial? Revisiting a classic question. *American Psychology, 77*(1), 5–17. <https://doi.org/10.1037/amp0000922>
- Reneflot, A., Aarø, L.E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Rimes, K.A., Smith, P. & Bridge, L. (2023). Low self-esteem: a refined cognitive behavioural model. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 12*, 1–16. <https://doi.org/10.1017/S1352465823000048>
- Soto-Sanz, V., Piqueras, J.A., Rodríguez-Marín, J., Pérez-Vázquez, T., Rodríguez-Jiménez, T., Castellví, P., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Blanco, M.J., Cebriá, A., Gabilondo, A., Gili M., Roca, M., Lagares, C. & Alonso J. (2019). Self-esteem and suicidal behaviour in youth: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psicothema, 31*(3), 246–254. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.339>
- Sowislo, J.F. & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 139*(1), 213–240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>
- Spencer, J.M., Zimet, G.D., Aalsma, M.C. & Orr, D.P. (2002). Self-esteem as a predictor of initiation of coitus in early adolescents. *Pediatrics, 109*(4), 581–584. <https://doi.org/10.1542/peds.109.4.581>
- Starckjohann, G. (2021). *Bedre selvfølelse i hverdagen – Et middel til bedre psykisk helse? [Masteroppgave i psykisk helsearbeid]*. Fakultet for Helse- og sosialvitenskap, Høgskolen i Innlandet.
- Strauss, R.S. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics, 105*(1), e15. <https://doi.org/10.1542/peds.105.1.e15>
- Thomason, S. & Moghaddam, N. (2021). Compassion-focused therapies for self-esteem: A systematic review and meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy, 94*(3), 737–759. <https://doi.org/10.1111/papt.12319>
- Trzesniewski, K.H., Donnellan, M.B., Moffitt, T.E., Robins, R.W., Poulton, R. & Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology, 42*(2), 381–390. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.2.381>
- van Tuijl, L.A., Glashouwer, K.A., Bockting, C.L. H., Penninx, B.W. J.H. & de Jong, P.J. (2018). Self-esteem instability in current, remitted, recovered, and comorbid depression and anxiety. *Cognitive Therapy Research, 42*(6), 813–822. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9926-5>
- Vealey, R.S. & Chase, M.A. (2008). Self-confidence in sport. I T.S. Horn (Red.), *Advances in sport psychology* (3. utg., s. 68–97). Human Kinetics.
- Waddell, G.R. (2006). Labor-market consequences of poor attitude and low self-esteem in youth. *Economic Inquiry, 44*(1), 69–97. <https://doi.org/10.1093/ei/cbj005>
- Øiestad, G. (2009). *Selvfølelsen*. Gyldendal.

Kartlegging av foreldrestil

FORFATTERE Øyvind Fallmyr, Olaf Lund og Jens Egeland

DOI <https://doi.org/10.52734/TBCH7101>

FOTO: PRIVAT



Førsteforfatter
Øyvind Fallmyr

FORELDREVEILEDNING ER EN viktig del av behandlingen i psykisk helsevern for barn og unge. Foreldre kan trenge hjelp til å fremme barns utvikling, særlig barn som har utviklet psykiske vansker. Emosjonsfokuset ferdighetstrening for foreldre (EFST) springer ut fra humanistisk psykologi og emosjonsteori. EFST handler om å identifisere og å fremheve en optimal foreldrestil som antas å være kombinasjonen av tilpassede krav og grenser, tilstrekkelig anerkjennelse og verdsettelse, og ikke minst god empatisk forståelse av barnet gjennom utforskning og validering av følelser og behov.

Denne studien har utviklet et spørreskjema for empatibasert, følelsesbevisst foreldrekompetanse (SEFF) som undersøker en foreldrestilmodell basert på EFST. Den inkluderer tre overordnede foreldrestiler, med to underkategorier hver: 1a) forventninger og grenser samt 1b) selvregulering og struktur (foreldreledelse), 2a) verdsettelse, aksept, autonomistøtte og omsorgsfullhet, samt 2b) åpenhet og ærlighet (anerkjennelse) og 3a) empatisk utforskning og validering av følelser og behov, samt 3b) mentalisering (empati). Ingen eksisterende instrumenter kartlegger disse tre faktorene i ett og samme skjema. Å måle dem samlet vil kunne synliggjøre flere nyanser i den enkeltes foreldrestil, og gi mer treffsikre beskrivelser av mulige utviklingsområder.

HOVEDFUNN

Faktoranalysene ga støtte for en unipolar modell med fem faktorer som hadde tilstrekke-

lig gode verdier for samsvar mellom modell og data. De fem faktorene inndeles i: 1) empatisk kommunikasjon; 2) autoritær ledelse; 3) verdsettelse; 4) unnvikende ledelse og 5) mentalisering. Faktorene fremstår som meningsfulle teoretiske konstrukter som favner fem av de til sammen seks underkategoriene i vår tentative foreldrestilmodell.

METODE

Studien inkluderte to ulike foreldreutvalg med til sammen $n = 592$ foreldre. Forfatterne brukte eksplorerende faktoranalyse (EFA) der ledd ble tatt inn og ut. De brukte deretter konfirmerende faktoranalyse (KFA) med et nytt utvalg, og undersøkte om det endelige skjemaet målte det de håpet å få til, på en psykometrisk tilfredsstillende måte.

IMPLIKASJONER

Studien fant empirisk støtte for å differensiere mellom områdene foreldreledelse, anerkjennelse (verdsettelse) og empatisk kommunikasjon og forståelse, i en fem-faktormodell. Å vurdere de fem underområdene vil mulig gi en mer nyansert og bredere vurdering av foreldrestil enn de tradisjonelle modellene. Vår modell vil etter vårt syn være spesielt relevant i foreldrekursing og -veiledning som integrerer kompetanse i foreldreledelse og empatisk kommunikasjon og forståelse. ❌

Full versjon av artikkelen er publisert på nett



Politistudenters kunnskap om vitne-faktorer

FORFATTERE Frida Sylthe Pedersen, Anita Lill Hansen og Asle Sandvik

DOI <https://doi.org/10.52734/RYZD8439>

STUDIEN RETTER FOKUS mot politistudenters forståelse av faktorer som påvirker øyenvitners pålitelighet. Formålet er å evaluere politistudenters kunnskap om slike faktorer, gitt temaets sentrale rolle i rettssikkerhet og utfall av straffesaker. Øyenvitners pålitelighet er et komplekst felt. For å redusere innvirkningen av feil som kan oppstå i forbindelse med bruk av vitneforklaringer og vitneidentifikasjoner i kriminalsaker, er det viktig at aktørene i retts-systemet har kunnskap om faktorer som påvirker øyenvitners pålitelighet. Studien bygger på eksisterende forskning om øyenvitnefaktorer blant norske dommere, psykologer, jurymedlemmer, og sivile. Studien undersøkte kunnskapsnivået til første- og tredjeårsstudenter ved Politihøgskolen i Norge om faktorer som påvirker øyenvitners pålitelighet.

HOVEDFUNN

Hovedfunnene indikerte at politistudentene har et godt kunnskapsgrunnlag, med en gjennomsnittlig korrekthet på 80,7 % på spørsmål relatert til vitnefaktorer. Resultatet stiller norske politistudenter i et positivt lys sammenlignet med andre yrkesgrupper i rettssystemet, som inkluderer tidligere studier av norske dommere, psykologer, og jurymedlemmer, og internasjonale politibetjenter. Videre viste studien at kunnskapsnivået øker gjennom studietiden,

hvor tredjeårsstudenter som viser mer kunnskap sammenlignet med førsteårsstudenter.

METODE

Studien er basert på en spørreundersøkelse blant 54 politistudenter ved Politihøgskolens avdelinger i Stavern og Bodø, hvorav 24 (44 %) var førsteårsstudenter og 30 (56 %) var tredjeårsstudenter. Spørreundersøkelsen inneholdt 16 utsagn relatert til ulike kjente øyenvitnefaktorer. Deskriptive analyser ble gjennomført for å undersøke gjennomsnittlig kunnskapsnivå, og gruppeforskjeller mellom første- og tredjeårsstudenter ble analysert gjennom uavhengige t-tester.

IMPLIKASJONER

Studien bidrar med innsikt i norske politistudenters kunnskap om faktorer som påvirker et vitnes pålitelighet, og gir indikasjoner om nytten av vitnepsykologi i studiet til norske politistudenter. Studien understreker også viktigheten av å integrere en solid forståelse av øyenvitners pålitelighet hos aktører i rettsvesenet, ikke kun for å forbedre etterforskningens kvalitet, men også for å styrke rettssikkerheten for individet. Grunnet metodologiske begrensninger må resultatene tolkes med forsiktighet, men studien fremhever behovet for ytterligere forståelse av vitne- og rettspsykologi. ❌



FOTO: PRIVAT

Førsteforfatter Frida Sylthe Pedersen

Full versjon av artikkelen er publisert på nett



Forlenget sorglidelse - overveielser fra dansk praksis

Den nye sorgdiagnosen reiser spørsmål om klinisk nytteverdi og underliggende samfunnsforhold.

TEKST Lars Petter Sødal Bergsmark, Enhed for sorgforskning - Psykologisk institut, Aarhus Universitet, Danmark og Frida Ramsing, Pædagogisk psykologisk rådgivning - Horsens Kommune, Danmark

KONTAKT
lpbergsm@psy.au.dk

MERKNAD
Ingen oppgitte interessekonflikter. Teksten er delvis basert på Bergsmark, & Ramsing (2023).

DE FLESTE SOM opplever dødsfall i nære relasjoner, vil kjenne på sorg. Sorg er en naturlig, betydningsfull reaksjon og dessuten umiskjennelig og allmennmenneskelig. Likevel har det gjennom de seneste årene blitt vanligere å anse at sorg både kan være sykelig og utløse behov for behandling. Med den ellefte utgaven av International Classification of Diseases (ICD-11; World Health Organization, 2022) og den femte av Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022) er sorgreaksjoner blitt til potensiell psykisk lidelse gjennom den nylig innførte psykiatriske diagnosen forlenget sorglidelse («prolonged grief disorder»). Psykologer skal hermed være eksperter på sorg.

Innføring av diagnosen forlenget sorglidelse har gitt tilløp til faglige diskusjoner om på den ene siden: hvorvidt vi sykeliggjør normale reaksjoner, og på den andre siden: diagnosens antatte kliniske nytteverdi. Vi mener det ligger mange viktige innsikter i debatten, både om forlenget sorglidelse og diagnoser generelt. Samtidig opplever vi selve debatten som uoversiktlig, og mener viktige overveielser går tapt. Dette har vi drøftet utførlig i artikkelen «Which considerations are lost when debating the prolonged grief disorder» i tidsskriftet *Theory & Psychology* (Bergsmark & Ramsing, 2023). Med utgangspunkt i den skal

vi i fagessayet her se nærmere på – og invitere til videre refleksjon omkring – det at psykologer nå skal bli eksperter i sorg. Vi arbeider som psykologer i Danmark. På nåværende tidspunkt er debatten rundt sorgdiagnosen mer aktiv i Danmark enn i Norge. Vi mener perspektiver på sorgdiagnosen kan være nyttig også for norske kliniske psykologer, som står i mange av de samme avveiningene.

Kort sagt mener vi at det er god grunn til å reagere på innføringen av sorgdiagnosen, selv om den ikke er spesielt problematisk sett opp mot utfordringene ved diagnosesystemene mer generelt (se for eksempel Aftab, 2021). Et sentralt spørsmål er hvordan psykologer skal forholde seg til reaksjon på tap som potensiell sykdom. For å svare på dette kreves klarhet i hva diagnosen for forlenget sorglidelse innebærer, og hvilke problemer den bærer med seg (Prigerson et al., in press). Vi mener sorgdiagnosen gir god anledning til teoretiske overveielser, som kan hjelpe helsepersonell i møte med pasienter som oppfyller kriteriene for diagnosen. Fagpersoner bør være bevisste omkring hvor utfordringene til den enkelte pasient ligger, og samtidig være bevisst på hvilke underliggende strukturelle forhold som bidro til at problemene oppstår og kanskje også at de opprettholdes. Et viktig spørsmål blir: Hvordan kan man som psykolog avhjelpe lidelser hos pasien-

ter og samtidig bidra til å endre underliggende strukturelle forhold? Vi mener bevissthet om dette tilsynelatende dilemmaet er viktig for en sunn dialog om psykiatrisk behandling av forlenget sorglidelse.

Vi vil først gi et generelt overblikk over viktige spørsmål når det gjelder begrepet «sykelig sorg», herunder hvordan en fundamental følelse som sorg kan være relevant for psykisk helsevern. Deretter diskuterer vi diagnosen i lys av refleksjoner og observasjoner fra vårt arbeid i Danmark, nærmere bestemt praksisopphold på sengepost på Universitetshospitalet i Århus og Praktisk pedagogisk tjeneste (PPT) på Grønland. Videre vil vi gå nærmere inn på ulike perspektiver på diagnosen, og hvordan vi mener overveielse av disse perspektivene kan være nyttig for psykologer i klinisk praksis. Synspunktene dreier seg både om kritikk av sorgdiagnosen i seg selv og det konseptuelle grunnlaget for psykiatriske diagnoser generelt.

SYKELIG SORG?

Når vi står overfor en person i sorg, møter vi som regel sterke og forståelige følelsesuttrykk. I historiens løp har man forstått sorg som et psykologisk fenomen på forskjellige måter (se en gjennomgang i Kofod, 2021). Moderne sorgteori forteller oss at sorgen beveger seg mellom tilstander av overveldelse og gjenetablering av funksjonsnivå (den «oscillerer», Stroebe & Schut, 2010). Denne bevegelsen mellom tilstander pågår over noe tid, men blir mindre etter hvert. Etter et år har det typisk kommet en balanse i sorgprosessen.

Et kjernespørsmål når det gjelder sorgdiagnosen, er hva som egentlig menes med *sykelig sorg*. Og i den forbindelse: Hvorfor skal (og hvordan kan) et så grunnleggende naturlig og eksistensielt fenomen som sorg være noe en psykolog skal håndtere som faglig ekspert? Grovt sagt handler dette om en skepsis for *medikalisering* versus argumentet om *klinisk nytteverdi*.

Fra det kritiske perspektivet argumenteres det at alminnelige psykiske fenomener sykeliggjøres til noe som (urettmessig) bør håndteres av fagprofesjonelle (Brinkmann & Petersen, 2021). Når sorg blir gjort til en diagnose, vil mange mene at den siste skanse av eksistensielle fenomener blir overdratt til psykiatrien, og at dette er uhensiktsmessig (Brinkmann & Petersen, 2021). Dette perspektivet på sorgdiag-

nosen dreier seg altså om kritikk mot en større, problematisk utvikling i samfunnet. Samtidig peker det på en bredere kritikk av «psykologiseringen» og risikoen for å redusere komplekse forhold til individuelle, psykiske fenomener (se for eksempel Madsen, 2018). Slik kan konsekvenser av større strukturelle problemer som fattigdom bli formulert som individualpsykologiske utfordringer, noe som i verste fall opprettholder en problematisk status quo.

I klinisk sammenheng er man mer opptatt av akutte problemstillinger og differensialdiagnostikk enn kritikk av en større samfunnsutvikling. Diagnoser er her viktige redskaper for å iverksette og gi rettigheter til individuell behandling basert på den beste tilgjengelige viten. Noen mener at denne kliniske nytteverdien også gjelder ved forlenget sorglidelse (f.eks. O'Connor, 2021), altså at diagnosen kan bidra til at de som trenger hjelp nettopp får denne hjelpen.

SORG PÅ SENGEPOST OG PÅ GRØNLAND

I vårt arbeid på sengepost ved Århus Universitetshospital og ved PPT på Grønland har diagnoser vært sentrale i arbeidshverdagen. På den ene siden har vi sett hvordan diagnoser brukes som verktøy: som arbeidshypoteser og veiledere i det differensialdiagnostiske. På den andre siden har vi erfart at nytten til diagnoser har blitt problematisert.

I arbeidet på Grønland har vi måttet forholde oss til Danmarks problematiske historie med kolonialisering. Et relativt forent forskningsfelt peker på at Grønlands tidligere status som dansk koloni og urbaniseringen av inuittenes levemåte i det 20. århundre førte til en fremmedgjøring av inuittkulturen på Grønland (jf. Bolliger & Gulis, 2018; Brooker, 2018). Urbaniseringen kan ha ført til at mange grønlandere fikk et internalisert mindreverdi i forhold til Danmark (Bolliger & Gulis, 2018; Brooker, 2018). Nettopp denne historikken er viktig å ha med seg i forståelsen av at Grønland siden 1960–70-tallet har hatt en av verdens høyeste selvmordsrater (Bjerregaard & Lyng, 2006; Scherman, 2017). Grønlanderne har også psykososiale belastninger som «arves» på tvers av generasjoner, herunder massive utfordringer med omsorgssvikt, overgrep og skadelig alkoholforbruk (Bjerregaard & Lyng, 2006; Scherman, 2017). I lys av dette har psykologer tematisert at individuell diagnostisering



...eksistensielle fenomener blir overdratt til psykiatrien



og behandling av psykiske vansker på Grønland kan oppleves som brannslukning (Ramsing, 2022). Gjennom intervjuer med psykologer på Grønland har det kommet fram at disse stod uten nødvendige ressurser til å systematisk og adekvat hjelpe pasientene, siden lidelsene deres hadde rot i strukturelle forhold. (Ramsing, 2022). På grunn av disse høye dødsratene vil man ut fra et strengt helsepsykologisk perspektiv peke på at det foreligger en økt individuell risiko for forlenget sorglidelse for størstedelen av befolkningen (Østergaard et al., 2019). Fra et mer kritisk perspektiv er det derimot tydelig at kontekstuelle faktorer har avgjørende betydning for den høye dødsraten. Dermed kan det å bruke diagnosen forlenget sorglidelse ta fokus *vekk* fra disse underliggende samfunnsforholdene. Diagnosen vil også kunne tilsløre forståelsen av kolonitiden og de samfunnsmessige forandringene på Grønland i det 20. århundre.

Når det gjelder sorgdiagnosen er også den teoretiske distinksjonen mellom sorg og for eksempel depresjon og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) relevant. Dette differensialdiagnostiske skillet kom særlig fram ved den akutte sengeposten. Her la pasientens diagnose tydelige føringer for type behandlingsform og videre forløp generelt. Et konkret eksempel var en pasient hvis depressive uttrykk var tydelig relatert til et traumatisk dødsfall. I hans tilfelle ble det vurdert at pasienten var for depressiv for PTSD-behandling, men at klinikken for affektive lidelser ikke hadde relevant behandling. Man kan selvfølgelig spørre seg om det er fruktbart å dele sykehusavdelinger opp på denne måten. Slik det er nå, har de teoretiske skillelinjene mellom diagnoser stor betydning for hvordan man velger og utvikler behandling til ulike diagnosegrupper. At en diagnose dermed bidrar til at disse pasientene faktisk får behandlingstilbud, er kanskje det viktigste argumentet *for* en egen diagnose for sorg. Samtidig blir det tydelig hvor enormt mandat diagnoser kan ha. I mange tilfeller legger diagnosene sterke føringer på hvilken behandling som gis, uten at føringene nødvendigvis har en forskningsmessig begrunnelse (Bergsmark, 2021).

Samlet sett har våre erfaringer fra klinisk praksis på sengepost og på Grønland tydeliggjort hvor viktig differensialdiagnostikk er. Samtidig har erfaringene reist spørsmål omkring hvordan diagnoser fungerer i prak-

sis. Berettigelsen av diagnosen forlenget sorglidelse er på mange måter opplagt etter dagens praksis der en diagnose utløser rettigheter og muligheter for hjelp. Samtidig er det mange strukturelle forhold som går tapt dersom diagnosen tolkes som å være forklaringen på den enkeltes lidelse, og derfor noe som trenger å behandles bort. Nettopp dette spenningsforholdet så vi utspille seg i praksis.

Kontroversen om forlenget sorglidelse

Psykologen Svend Brinkmann har de seneste årene vært en av de mest prominente kritikerne av forlenget sorglidelse i Danmark (Brinkmann, 2018, 2023). Han argumenterer for at sorgdiagnosen på ekstremt vis illustrerer hvordan eksistensielle fenomener blir overdratt til psykiatrisk helsepersonell. Videre kritiserer Brinkmann diagnosens berettigelse på bakgrunn av at sorg er et allmennmenneskelig fenomen, og han mener sykeliggjøringen er konstruert uten et sterkt teoretisk grunnlag. Dette kan følgelig ha uheldige konsekvenser, herunder feilaktig fordeling av ressurser og helsetilbud.

Brinkmanns kritikk har møtt både støtte og motstand, og har på mange måter satt rammen for debatten i Danmark. Robert Chapman (2023) mener at kritisk psykiatri, som Brinkmann lener seg på, preges av det han kaller en «komparativistisk kritikk». Chapmans poeng er at kritikere ofte fremmer det han opplever som et ufullstendig syn på sykdomstilstander, der psykiske lidelser forstås som konstruert, mens somatiske lidelser anses som objektive størrelser. Fra dette perspektivet, påpeker Chapman, blir psykiske lidelser *komparativt* mangelfulle sammenlignet med somatiske sykdommer. Dermed blir også psykiatriske kategoriseringer mer verdiladde og uvitenskapelige. Chapman (2023) fremhever at spørsmål om helse nødvendigvis *er* verdibasert, og at dette gjelder for både somatiske og psykiske begreper. Somatiske så vel som psykiske lidelser må, både historisk og logisk sett, konseptualiseres ut fra den lidelse og funksjonsnedsettelse den frembringer. Chapman (2023) argumenterer at dersom det må et strengt objektivt, essensialistisk sykdomsbegrep til for å validere et psykiatrisk konstrukt (altså å kalle en gitt tilstand for en psykisk lidelse), havner man fort i et problematisk argument hvor man kun aksepterer prosesser hvor en lidelse er blitt *oppdaget* (altså det motsatte av å bli *konstruert*). Chapman er

derfor bekymret for at kritisk psykiatri sin måte å kritisere psykiatriske diagnoser på risikerer å undertrykke nettopp den gruppen den ønsker å frigjøre – mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Kort sagt, hvis man skaper et hierarki mellom «ekte» (biologisk validerte) somatiske lidelser og «konstruerte» psykiske lidelser, underkjenner man alvorligheten av mental smerte og støtten mennesker med psykiske lidelser har behov for.

Våre erfaringer med sorg på Grønland og på sengeposten har fått oss til å tenke at de fleste spørsmålene og kritikken rundt forlenget sorglidelse kan kokes ned til usikkerhet om hva som egentlig er nytten til diagnoser – hva de er, og hva de skal bidra med. Psykiatriske diagnoser omfatter beskrivelser av symptomer og defineres som syndromer, altså ikke sykdom med klart definert årsak. Siden introduksjonen av DSM-III er ikke lenger diagnoser forklaringer på atferd, men redskaper for bruk i klinisk praksis. Diskusjoner rundt denne endringen har en lang historie og utdypes i Shorter (2015). Det vi likevel må hefte oss ved, er at det per i dag ikke foreligger en sterk teoretisk modell bak psykiatriske diagnoser. Diagnosesystemet er deskriptivt. Kategorienes konstrukt-validitet, altså diagnosenes teoretiske fundament (Eronen & Bringmann, 2021), er begrenset. Følgelig begrenses også vår evne til å metodisk angripe det teoretiske fundamentet. Derfor blir det vanskelig å si hva som rent faktisk betegnes som *sykelig* sorg, annet enn oppfyllelsen av strengt kvantitative diagnosekriterier og beskrivelsen av et markant funksjonstap.

Dette fremheves av psykiater Awais Aftab (2023), som ønsker mer fokus på de konseptuelle spørsmålene rundt sorgdiagnosen. Samtidig påpeker Aftab (2023) at den empiriskvitenskapelige støtten for diagnosen er mye sterkere enn det ofte blir fremstilt. Derfor er det heller ikke korrekt å anse sorgdiagnosen som illegitim. Som eksempel fremhever Aftab at diagnosekritikerne ofte argumenterer for at tidskriteriet for å stille diagnosen – det skal ha gått minst seks måneder (ICD) og tolv måneder (DSM) uten at sorgreaksjonene har minket – tilrettelegger for å sykeliggjøre alminnelig sorg bare den varer lenge nok. Disse tidskriteriene er imidlertid noe som nettopp forhindrer at man sykeliggjør normale sorgprosesser, ifølge Aftab, da den markante funksjonsnedsettelsen skal være til stede *selv etter* denne tidsperioden.

Aftab avfeier altså denne spesifikke kritikken som feilslått, hvilket vi er enig i. Til gjengjeld påpeker han at mye av kritikken av psykiatriske diagnoser i det hele også gjelder diagnosen forlenget sorglidelse. Det uløste – og i våre øyne kanskje først og fremst politiske – spørsmålet (Bergsmark & Ramsing, 2023) er hva som rent faktisk gjør en type sorg dysfunksjonell (Aftab, 2023). Spørsmålet om når noe bør vurderes som å være forstyrret, har ikke et enkelt svar. Våre erfaringer fra den grønlandiske konteksten gjør oss vare for at diagnosen forlenget sorglidelse kan komme til å plassere et uforholdsmessig stort ansvar på individet dersom det er sosiale forhold som i hovedsak ligger under. Hvis vi skal forstå hvordan sorg kan være dysfunksjonell, er disse overveielserne nødvendige.

BETRAKTNINGER OM VEIEN VIDERE

Sorgfenomenet er noe vi som fagpersoner skal beskjeftige oss med i de kommende årene. Psykologer blir faglige eksperter på sykkelig sorg. Det er det god grunn til. Samtidig mener vi innføringen av sorgdiagnosen og den etterfølgende debatten viser at det er behov for større konseptuell kompetanse og politisk bevissthet hos psykologer, også i Norge.

Konseptuell kompetanse refererer til større viten om og fokus på de forholdene som spiller inn på hvordan en diagnose konseptualiseres: hvilke premisser diagnosen er utformet på og hvilke samfunnsmessige funksjoner den tjener. Disse overveielserne står altså ikke i motsetning til alminnelig praksis, men gir tvert imot en anerkjennelse både av diagnosenes berettigelse og forbedringspotensialer (Aftab & Waterman, 2021). Vi mener at konseptuell kompetanse med fordel kan skjerpes hos psykologer. Vår oppfatning er at erfarne klinikere er interessert i dette, men mangler rammer til å dyrke og utforske spørsmålene.

Den konseptuelle kompetansen er grunnleggende for hvordan psykologer kan være mer politisk bevisste. Hvis vi ønsker å hjelpe psykisk lidende mennesker, ut over å behandle symptomer, må vi forstå de mange analysenivåene som inngår i psykopatologi. Som Chapman (2023) poengterer, holder det ikke å trekke linjer til somatisk medisin. Hvis vi skal unngå at strukturelle problemer psykologiseres til psykiske lidelser, må psykologer være fagpersonene som argumenterer for politisk endring. »



... det er behov for større konseptuell kompetanse og politisk bevissthet hos psykologer

Uansett underliggende årsak for den enkeltes psykiske plager, må vi klare å tilby behandling til denne pasienten. Vi mener konseptuell kompetanse vil hjelpe klinikerne med denne balansegangen, i tråd med konklusjonene fra den lengre analysen vi gjorde i den nevnte artik-

kelen (Bergsmark & Ramsing, 2023). Vi mener det å være kritisk til konseptuelle og politiske føringer for diagnostikk og samtidig oppfylle mandatet som behandler er svært viktig å ha med seg fremover. ✕

REFERANSER

- Aftab, A. (2021). Conceptual psychiatry: The ground beneath our feet. *International Review of Psychiatry*, 33(5), 443–445. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1864303>
- Aftab, A. (2023, 9. august). *A History of Prolonged Grief Disorder's Inclusion in the DSM – And What Is Missing From It*. Psychiatry at the Margins. <https://awaisaftab.substack.com/p/a-history-of-prolonged-grief-disorders>
- Aftab, A. & Waterman, G.S. (2021). Conceptual competence in psychiatry: Recommendations for Education and Training. *Academic Psychiatry*, 45(2), 203–209. <https://doi.org/10.1007/s40596-020-01183-3>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (Fifth edition, text revision). American Psychiatric Association.
- Bergsmark, L.P. S. (2021). Hvorfor er sorg aktuell som diagnose? Fra spørsmål om legitimiteten av sorgpatologisering til kritikk av diagnosens samfunnsfunksjon. *Nordiske Udcast: Tidsskrift for Kritisk Samfunnsforskning*, 49(2), 5–16. <https://doi.org/10.7146/nu.v49i2.143987>
- Bergsmark, L.P. & Ramsing, F. (2023). Which considerations are lost when debating the prolonged grief disorder diagnosis. *Theory & Psychology*, 33(6). <https://doi.org/10.1177/09593543231172193>
- Bjerregaard, P. & Lynge, I. (2006). Suicide – A Challenge in Modern Greenland. *Archives of Suicide Research*, 10(2), 209–220. <https://doi.org/10.1080/1381110600558265>
- Bolliger, L. & Gulis, G. (2018). The tragedy of becoming tired of living: Youth and young adults' suicide in Greenland and Denmark. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(4), 389–395. <https://doi.org/10.1177/0020764018766198>
- Brinkmann, S. (2018). Could grief be a mental disorder? *Nordic Psychology*, 70(2), 146–159. <https://doi.org/10.1080/19012276.2017.1381038>
- Brinkmann, S. (2023). Why does the pathologization of grief cause such a stir? A response to Bergsmark & Ramsing. *Theory & Psychology*, 33(6). <https://doi.org/10.1177/09593543231184889>
- Brinkmann, S. & Petersen, A. (2021). Indledning: Sorg i utvikling: En introduksjon. I A. Petersen & S. Brinkmann (Red.), *Menneskets sorg: Et vilkår i forandring* (s. 7–22). Klim.
- Brooker, A.L. (2018). Counselling within inuit systems in Canada's north. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 52(1), 1–15. <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/61182>
- Chapman, R. (2023). A critique of critical psychiatry. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 30(2), 103–119. <https://doi.org/10.1353/ppp.2023.a899938>
- Eronen, M.I. & Bringmann, L.F. (2021). The theory crisis in psychology: How to move forward. *Perspectives on Psychological Science*, 16(4), 779–788. <https://doi.org/10.1177/1745691620970586>
- Kofod, E.H. (2021). Sorg i historisk perspektiv: Hundrede års sorgteoretiske utviklingslinjer. I A. Petersen & S. Brinkmann (Red.), *Menneskets sorg: Et vilkår i forandring* (s. 23–44). Klim.
- Madsen, O.J. (2018). *The Psychologization of Society: On the Unfolding of the Therapeutic in Norway*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351118347>
- O'Connor, M. (2021). Kliniske og diagnostiske perspektiver på sorg. I A. Petersen & S. Brinkmann (Red.), *Menneskets sorg: Et vilkår i forandring* (s. 337–360). Klim.
- Prigerson, H.G., Singer, J. & Killikelly, C. (in press). Prolonged grief disorder: Addressing misconceptions with evidence. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 0(0). <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2023.10.020>
- Ramsing, F. (2022). *Når døden bliver kompliseret – En teoretisk udforskning og kvalitativ undersøgelse af sorg i en grønlandsk kontekst* [Speciale]. Aarhus Universitet.
- Scherman, A.Z. (2017). Depression, post-traumatic stress disorder, and life satisfaction in greenlandic adults. *Psyke & Logos*, 38(1), 90–101. <https://doi.org/10.7146/pl.v38i1.100080>
- Shorter, E. (2015). The history of nosology and the rise of the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(1), 59–67. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.1.eshorter>
- Stroebe, M. & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 61(4), 273–289. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>
- World Health Organization. (2022). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Østergaard, T.G., Grube, B. & Larsen, C.V. L. (2019). *Sorg i Grønland – En undersøgelse af sorg og kortlægning af sorgaktører og tilbud*. Det Nationale Sorgcenter. <https://sorgcenter.dk/wp-content/uploads/2020/07/Sorg-i-Grønland.pdf>

Økt forståelse av DMDD hos barn

Hva ligger under diagnosen som involverer alvorlig irritabilitet og sinneutbrudd hos barn?

Psykolog Astrid Brænden søker å utvide forståelsen av Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD), og har i sin doktorgrad sett på eksekutive funksjoner, sosial kognisjon og biologisk stressrespons hos barn med denne lidelsen.

Diagnosen, som kjennetegnes av langvarige og høye nivå av irritabilitet og sinneutbrudd, ble introdusert i DSM-5 i 2013, men har ikke blitt forsket på i Norge tidligere.

Studien inkluderte 218 barn i alderen 6 til 12 år henvist til barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Oslo universitetssykehus og Nic Waals Institutt. Disse barna gjennomførte nevropsykologiske tester. Diagnostiske intervjuer basert på DSM-5 ble gjennomført med foreldrene. Sekstisyv av barna ga også hårpøver som ble analysert for kortisolnivåer.

Brændens forskning indikerer at barn med DMDD ofte opplever alvorlige utfordringer knyttet til emosjonsregulering, kognitiv fleksibilitet og forståelse av følelser, både sine egne og andres. Hun drøfter kompleksiteten i disse mekanismene og hvordan de potensielt virker på hverandre. Samtidig påpeker hun at det ikke kan konkluderes om kausalitet eller hvorfor disse vanskene har oppstått eller er til stede hos barna. Likevel påpeker hun at disse vanskene kan være nyttige å være oppmerksomme på i forbindelse med behandling. Brænden sammenligner også disse funksjonene med de hos barn med overlappende lidelser, som ADHD og atferdsforstyrrelse.

I sin forskning fant Brænden også forhøyede kortisolnivåer, som indikerer en kronisk dysregulert stressrespons, hos barn med DMDD og de som hadde andre psykiske lidelser sammenlignet med friske kontroller. Hun diskuterer også mulige forklaringer for den forhøyede stressresponsen og foreslår at kortisolnivåer kan vurderes som et behandlingsutfallsmål i fremtidig forskning for å gi innsikt i behandlingseffektivitet og langtidseffekter.

Kilde: UiO

FOTO: UIO



ASTRID BRÆNDEN

Cognitive and biological mechanisms of disruptive mood dysregulation disorder in children.

DISPUTAS 17.10.23,
Universitetet i Oslo

Behandlingerfaringer hos ungdom i fosterhjem

Tjenesteytere som ungdommene har tillit til, sto frem som en betydningsfull faktor for ungdom fra fosterhjem i behandling.

Ungdom som er plassert i fosterhjem har en økt risiko for å utvikle lidelser som angst og depresjon. Kunnskapen om hvordan disse lidelsene er knyttet til ungdommens livserfaringer er imidlertid begrenset, og det er et klart behov for å få mer innsikt i deres opplevelser under behandling. Dette var utgangspunktet for doktorgraden til psykolog Yasmin Moussavi.

Gjennom intervjuer med ungdom i fosterhjem som hadde angst- og depresjonsproblemer, undersøkte Moussavi ulike aspekter ved deres behandlingserfaringer. Ungdommene understreket viktigheten av å forstå sine vansker i lys av egen historie og utvikle mestringsstrategier for angst og depresjon. Samarbeid mellom fosterforeldre og tjenesteytere ble også fremhevet som avgjørende for å sikre tilgang til og koordinere behandlingstilbudet.

Moussavi avdekket også at det generelt var høyere nivåer av angst og depresjon blant ungdommer i fosterhjem, spesielt blant jenter. Disse plagene var knyttet til ungdommenes erfaringer med omsorgssvikt og mishandling. For jenter var sammenhengen enda sterkere sammenlignet med gutter. Disse undersøkelsene var basert på spørreskjemadata.

Moussavi undersøkte videre ulike symptomprofiler av angst og depresjon i tre ungdomsgrupper, inkludert ungdommer i fosterhjem, den generelle befolkningen og ungdom som fikk behandling for angst og depresjon i BUP. Resultatene viste at ungdommene i fosterhjem mer sannsynlig tilhørte profiler med forhøyede symptomer sammenlignet med den generelle befolkningen.

Kilde: UiB

FOTO: RUNE ROLVSLJORD, NORCE



YASMIN MOUSSAVI

Internalizing problems among youth in foster care: Maltreatment, symptom profiles, and treatment experiences

DISPUTAS 15.03.24,
Universitetet i Bergen

FOTO: HESETILSYNET



TEKST Pål Kristian Molin, avdeling for tilsyns- og klagesaker i helse- og omsorgstjenesten, Statens helsetilsyn

KONTAKT pkm@helsetilsynet.no

MERKNAD Ingen oppgitte interessekonflikter.

Grenseoverskridende behandlere – meg, deg eller overgripere?

Privatisering av behandlingsrelasjoner er tabubelagt. Manglende åpenhet kan forhindre forebygging.

At behandlere krenker pasienter seksuelt eller innleder seksuelle relasjoner med dem, åpner opp for mange fagetiske spørsmål. Temaet aktualiserer en rekke etiske vurderinger psykologer vil kunne stå i, også knyttet til yrkesutøvelsen til kolleger eller andre fagpersoner.

GRADER OG TYPER AV OVERSKRIDELSER

Sterkt forenklet og for denne refleksjonens skyld kan man dele behandlere som begår grenseoverskridende handlinger, i to grupper: «overgriperne» og «terapeuter som sammenblander roller». Sistnevnte er nært knyttet til Gabbards «kjærlighetssyke» terapeut.

De fleste av oss har sannsynligvis gjort mindre alvorlige «kryssninger» av grensene for den terapeutiske relasjonen, noen ubetenksomme og noen med intensjon. Det betyr *ikke* at å gi pasienten en klem i neste øyeblikk fører til et

etablert parforhold. Det er derfor mulig naivt å tenke at vi må eller kan «forhindre» alle mindre kryssninger av grensene – da er det viktigere å vite hva vi skal gjøre *når* kryssningene oppstår.

Den største gruppen (Statens helsetilsyn, 2022) innenfor rollesammenblanding og seksuelle grenseoverskridelser er helsepersonell som blander sammen den profesjonelle behandlingskontakten med en privat og om så seksuell relasjon med pasienten. Det er store variasjoner i om slike relasjoner utgjør en utnyttelse av behandlerens stilling og posisjon, maktmisbruk eller manipulasjon, og pasientens opplevelse av relasjonen. Kanskje er det *denne* typen hendelser vi står nærmest i å erfare i egen praksis eller hos andre rundt oss. Og hva gjør vi da – hvis det skulle skje?

KAN DET HENDE MEG?

Vi vet at det er ganske utbredt at pasienter har romantiske eller seksuelle følelser for terapeuten sin, kanskje så mange som 1 av 3. Litteraturen tyder også på at terapeuter ganske ofte opplever at pasienter uttrykker slike følelser, eller de har erfart at pasienten har flørtet. Hvordan blir flørting og pasientens romantiske følelser eventuelt tatt imot av deg som behandler?



ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK

På den andre siden beskriver litteratur om rollesammenblanding at mange terapeuter kan kjenne på romantisk eller seksuell tiltrekning til pasienter man har i behandling. Dette ser ut til å forekomme oftere hos mannlige enn kvinnelige terapeuter, slik omfanget av rollesammenblanding også totalt sett antyder, inkludert aktivt flørtende atferd fra terapeutens side. Helsetilsynets erfaringer og enkeltstudier kan tilsa at slike følelser og handlinger forekommer oftere ved høyere alder. Høy alder øker også sjansen for at behandlerne arbeider noe mer isolert i en privat praksis, og at de selv ikke har en fast veiledningsrelasjon for å kunne reflektere over egen yrkesutførelse.

Så det er rimelig å anta, både fra et pasientperspektiv og fra kunnskap om behandlere, at rollesammenblanding så absolutt «kan hende meg». Det fremstår også som lite sannsynlig at en lang klinisk yrkeskarriere skal forløpe uten »

”

... man vil oppleve at grenseoppgangene ved rollen som psykolog blir utfordret



Det kan se ut som at vi i for liten grad tar opp ubehagelige erfaringer og bekymringer

at man vil oppleve at grenseoppgangene ved rollen som psykolog blir utfordret med dette som tema.

Mange vil svare nei til at verktøyene for å håndtere rollesammenblanding ble gitt i grunnutdanningen, ei heller i videreutdanninger. Er etiske refleksjoner tilknyttet privatisering av relasjoner noe du har «øvd» på? Bruken av selvavsløring kan være ett eksempel; hva som er meningsfullt å dele av informasjon, og på hvilken måte. Selvavsløring er omtalt som ett av mange områder der overdrevet eller feilaktig bruk kan bidra til en gradvis privatisering av relasjonen med pasienten, men er samtidig et svært nyttig og relevant verktøy – også for å styrke den terapeutiske relasjonen.

KAN DET HENDE DEG?

Behandlere kan komme i krevende situasjoner der en kollega eller andre oppfører seg kritikkverdig, eller det er mistanke om en for nær relasjon med en pasient. Her er det mange hindringer som kan påvirke om du tar saken opp med den det gjelder, egen veileder, arbeidsgiver eller andre. Det kan være kollegiale bindinger, usikkerhet og varierende bevisstgjøring om problematikken hos ens egen arbeidsgiver.

I en klinisk praksis vil det være vanskelig å vite om hvordan det man har observert eller er blitt kjent med, har påvirket pasienten. Videre vil man gjerne tro godt om sine kolleger, og det er naturlig å søke mot å opprettholde en god kollegial relasjon. Tvilen slår inn, skal jeg ta det opp med vedkommende eller gå rett til vår leder?

Litteraturen på rollesammenblanding tyder også på at det sitter langt inne å akseptere fullt ut at kolleger begår grenseoverskridende handlinger eller privatiserer pasientrelasjoner. En mulig åpenbar forklaring på akkurat det er at sannheten slår tilbake på oss selv og våre vurderinger av en kollega vi har stolt på og har hatt respekt for. Forståelige bekymringer om at det faktisk ikke har skjedd noe galt, eller verre, at påstandene om krenkelser ikke er sanne, kan kanskje være nok til å innføre permanent beslutningsvegving. Og hvordan skal man få validert sin egen oppfatning uten å handle på sin mistanke?

Det kan se ut som at vi i for liten grad tar opp ubehagelige erfaringer og bekymringer med kolleger, ledere og instanser som skal ivareta pasientsikkerheten. Dette gjelder uansett om vi tenker på kun de tilfeller der behandler og pasient har en privat eller seksuell relasjon, eller alle typer grenseoverskridelser, seksuelle krenkelser inkludert. Da hjelper vel heller ikke den raskt polariserte ordvekslingen og følelsesstyrte responsen i media og sosiale medier som oppstår når slike saker blir omtalt. Vi vet ikke om ordvekslingen påvirker graden av varsling internt på en arbeidsplass eller til tilsynsmyndighetene. Men slik ordveksling *kan* bidra til å rette søkelyset bort både fra «meg» og «deg» og over til «overgriperne».

VILLE DU TATT DET OPP?

Det er da kanskje viktigere å ikke dvele på *hvem* som gjør det, men *hva* man gjør. For psykologer vil det raskt bli snakk om den veiledningen vi eventuelt mottar. Har du en veileder du kan ta opp saken med? Og ikke minst: Ville du tatt det opp med din veileder?

Inntrykket er at psykologer ikke lenge etter oppnådd spesialist-tittel slutter å motta veiledning. Å ha en veileder gir ingen automatisk garanti hverken mot overgrep eller rollesammenblanding, eller garanti for at man drøfter bekymringer om andre. Samtidig må veiledning sies å være et av

de klareste virkemidlene vi har for å få konkret hjelp med vår egen kliniske praksis. Noen vil nok av mange årsaker fortsette med veiledningsrelasjoner eller i hvert fall ha tilgang på en veileder senere i sin yrkeskarriere. Men arrangeres eller betales ikke veiledningen av arbeidsgiver, kan man forvente at den blir lagt bort. Uten veileder er man avhengig av mer erfarne kolleger man stoler på, ledere og andre rundt en som man kan diskutere etiske problemstillinger med, og der terskelen for mulige skamfulle følelser og annet ikke er for stort hinder.

Det er studier som indikerer at psykologer og andre terapeuter ikke nødvendigvis tar opp for nære relasjoner til pasienter, selv om de har en veiledningsrelasjon. Her spiller flere forhold inn: fra frykten for konsekvenser til skamfølelse over det som egentlig er ganske ofte forekommende følelser. Man mangler kanskje også fra grunnutdanningen et relevant begrepsapparat som er til hjelp i å ta temaet opp i veiledning eller andre relasjoner.

Ved rollesammenblanding og privatiserte relasjoner er nok relasjonen i seg selv noe som hindrer at den blir tatt opp i veiledning eller annensteds. Behandleren ønsker gjerne å *ha en relasjon*, og visse grader av benektelse og bagatellisering av at dette kan forvirre og skade pasienten, puttes nederst i skuffen over bekymringer.

Om veiledningsrelasjonen er lagt opp til å romme refleksjoner over egen rolle og atferd, og ikke bare handler om å kna behandlingstekniske spørsmål eller differensialdiagnostiske vurderinger, varierer nok i stor grad. Skal din egen atferd eller bekymringer om andres under lupen i en slik kontekst, må kvaliteten

på veiledningsrelasjonen og det faktiske tidsmessige rommet for refleksjon være på pluss-siden. Det er nærliggende at mange kvaliteter tilsvarende en terapeutisk relasjon må være på plass. Trygghet vil være et minstekrav.

Noen studier antyder at mange terapeuter og annet helsepersonell som har seksuell kontakt med pasienter, samtidig er i en vanskelig livssituasjon eller en livskrise. Da er det ikke sikkert at kapasiteten til egenrefleksjon er særlig god, eller at man evner å ta opp de ekstra vanskelige temaene med personene man har tilgang på. Men en våken veileder i en trygg veiledningsrelasjon som er kjent med at behandleren står i vanskelige situasjoner, kunne hatt et ekstra blikk på behandlerens nærhet til sine pasienter.

EVIG VEILEDNING

Ut over å si fra om både egne og andres utfordringer til enten veiledere, kollegaer eller egen arbeidsgiver foreligger det nok en ganske høy terskel for videre varsling i et tilsynsspør som statsforvalteren eller straffespor som politiet. Noen kontakter sin profesjonsforening eller tilsynsmyndighetene, men erfaringsmessig ofte først når for mye har skjedd. Tilsynsmyndighetene brukes nok mest for rådgivning om andres atferd enn egne utfordringer.

Det har blitt hevdet at behandlere som begår rollesammenblanding, og under gitte krav likevel senere kan ta opp igjen sin kliniske praksis, bør gå i veiledning ut hele karrieren. Men basert på kunnskapen om rollesammenblanding er det fristende å spørre: Burde ikke alle psykologer med klinisk praksis egentlig gå i veiledning gjennom hele sitt yrkesløp? ❌

REFERANSER

Statens helsetilsyn. (2022). *Tilsynssaker der helsepersonellet har hatt en seksuell relasjon til pasient/bruker eller utøvd grenseoverskridende seksuelle handlinger. Rapport fra en intern gjennomgang (Internserien 2/2022)*. <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/internserien/>

Meninger

DEBATT

Kunnskap er ikke nevrobabel

Tilknytnings- og utviklingspsykologi gjør betydningen av barns omsorgsmiljø mer tydelig.

TEKST Ida Brandtzæg og Stig Torsteinson, Tilknytningspsykologene, Gro Vatne Brean, Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP), styremedlem i Landsforeningen 1001 dager, Stian Tobiassen, Stine Sofies Stiftelse



Ida Brandtzæg

KONTAKT post@tilknytningspsykologene.no

MERKNAD
Ingen oppgitte interessekonflikter.

I KRONIKKEN «HJERNEN er ikke stjernen» argumenterer Per Lorentzen (2024) for en objektiv forståelse av forholdet mellom omsorgserfaringer og hjernens utvikling. Vi støtter dette synspunktet. Likevel bidrar Lorentzen etter vårt syn til forvirring heller enn klargjøring.

Innleggets hovedproblem er at det insinuerer at det finnes lite kunnskap om sammenhengen mellom omsorgserfaringer og hjernens utvikling, bortsett fra at hjernen er plastisk og formbar. Forvirringen øker av at han kritiserer tilknytningsteori og forskning med stråmannsargumenter. Ingen seriøse aktører i feltet tror at «løpet med tanke på barnets hjerne omtrent er kjørt fra treårsalderen», etter hva vi kjenner til. I dette motsvaret ønsker vi å nyanse Lorentzens fordreide og karikerte beskrivelse, og vise noe av det tilknytnings- og utviklingspsykologien egentlig handler om når det gjelder barnehjernen.

DEN TIDLIGE UTVIKLINGEN

Utviklingen av det ufødte og nyfødte barnets hjerne vil påvirkes av forhold som mors ernæringsstatus, eksponering for miljøgifter og mors stressnivå (Dismukes et al., 2019). Dette understreker betydningen av å gi mor, barn og partner best mulige forhold gjennom svanger-

skap, fødsel og barseltid, slik det fremheves i «1001 Critical Days»-kampanjen.

At erfaringer bidrar til å påvirke hjernens arkitektur, er veletablert kunnskap (Nelson et al., 2019). Forskning og erfaringer antyder for eksempel at de tre første leveårene representerer en sensitiv periode når det gjelder flere utviklingsområder og tilknytning. Med sensitive perioder menes utviklingsfaser som er særlig åpne for erfaringer. Det vil dermed kreve en spesiell innsats å skulle innhente utviklingen dersom barnet har opplevd alvorlige mangler i omsorgen. Dette er ikke det samme som at utviklingen er irreversibel. Men dette er bakgrunnen for at forebyggende innsats lønner seg, både menneskelig og økonomisk (Heckman, 2006).

DET SPESIELLE BÅNDET

Med tilknytning menes barnets iboende tendens til å søke omsorgspersoner og å danne et dypt følt emosjonelt bånd til noen spesielle. Dette krever at noen spesielle er tilgjengelige for barnet. For eksempel vil babyens stressregulering avhenge av omsorgspersonene. Kvaliteten på det emosjonelle båndet barn utvikler, avhenger av tilknytningspersonenes omsorgs-atferd. Om barnet opplever foreldre som synkroniserer seg til barnets tilstander, gleder seg



DET NÆRE Selv om hjerneutvikling er kompleks og styrt av mange faktorer, er det i barnets nære omsorgsmiljø at utviklingen finner sted.
Foto: Michael Skoglund/ Bildehuset / NTB Scanpix

over det og er tilgjengelige når barnet trenger hjelp med følelser og stress, vil barnets tilknytning som oftest bli trygg.

Trygg tilknytning er blant annet assosiert med gode utviklingsvilkår for HPA-aksen og stressregulering, mens utrygg tilknytning, og da særlig desorganisert tilknytning, er forbundet med mindre optimale forhold for stressregulering (Girme et al., 2021).

Studier antyder at normale variasjoner i foreldresensitivitet også henger sammen med hjerneutvikling ved åtte års alder (Kok et al., 2015). Barn av foreldre med høy grad av sensitivitet (noe som ikke er det samme som «perfekt» sensitivitet) ser ut til å ha bedre hjerneutvikling. Her vil vi imidlertid fremheve at det trengs mer forskning som kan si hvilken betydning dette har. Men i tillegg til longitudinelle studier som viser hvordan trygg tilknytning er forbundet med en rekke kapasiteter for barnet, som god stressregulering og gode sosiale ferdigheter (Kok et al., 2015), mener vi at disse funnene underbygger viktigheten av å legge til rette for god omsorg på flere nivåer i samfunnet. For eksempel viser forskning på sped- og småbarnsforeldre i høyrisiko at tilknytningsbaserte tiltak henger sammen med endringer i konnektivitet mellom amygdala og prefrontal korteks ved 10 års alder, sam-

”

... funnene underbygger viktigheten av å legge til rette for god omsorg

»



... hjernen er vårt individ-
definerende organ

menlignet med barn fra samme gruppe som ikke fikk tiltaket (Valadez et al., 2024).

KUNNSKAP OM HJERNEN ER IKKE NOK

Kunnskap om traumer og emosjonell neglekt er avgjørende for å forstå skjevutvikling. I motsetning til hva Lorentzen hevder, viser forskning hvordan dette påvirker barnets hjerne, også for barn som *ikke* vokser opp i institusjon. En longitudinell studie ved Harvard Medical School illustrerer for eksempel hvordan ulike former for omsorgssvikt påvirker barnets hjerne på distinkte måter (Lyons-Ruth et al., 2023). Dette betyr ikke at hjerneperspektivet alene bør være bakgrunnen for omsorgsovertakelse. Omsorgsovertakelse krever alltid en bred og grundig vurdering av barnets situasjon og utvikling.

Slik vi ser det, er det ingen motsetning mellom å legge til rette for gode utviklingsmuligheter i barnets første leveår og samtidig se hjernen som plastisk. Moderne tilknytningspsykologi er ikke deterministisk, men fremholder at nye erfaringer åpner for nye muligheter (Allen, 2021). Nevroplastisitet, hjernens evne til å forme seg gjennom livet, er en fundamental menneskelig egenskap. Dette muliggjør utvikling av nye forventninger til oss selv og andre, og understreker individets kapasitet til endring og dermed nytten tiltak og behandling kan ha.

VIKTIG KUNNSKAPSFORDIDLING

Vi deler Lorentzens syn når det gjelder nødvendigheten av å ikke overdrive hvilken betydning mindre utfordringer i omsorgsrollen kan ha for hjernen. Men det er avgjørende å formidle kunnskap om tidlig utvikling på en balansert og saklig måte. I lys av at hjernen faktisk er stjernen, det vil si at hjernen er vårt individdefinerende organ; hvor problematisk kan det være å minne foreldre på at de kan synge for, leke og snakke med barnet i rutinesituasjoner, og at man med det er med på å bygge barnets hjerne? Det er dette det oppfordres til i Stine Sofie Foreldrepakke, som er ett av eksemplene Lorentzen henviser til i sin kronikk. Disse situasjonene er helt vanlige, grunnleggende omsorgsoppgaver mennesket har gjort gjennom generasjoner. Som kliniske spedbarnspsykologer har vi sett at det ikke alltid er naturlig og intuitivt for alle foreldre å synge, leke og prate med barnet sitt. Da kan grunnleggende kunnskap og god informasjon være til hjelp.

Vi mener problemet heller er at det er utfordrende å få kunnskap om tidlig utvikling frem til myndigheter og beslutningstakere, eksempelvis det å gi gode betingelser til gravide under svangerskap og fødsel. Kunnskap om hjernen gjør betydningen av barns omsorgsmiljø mer tydelig. Derfor er dette viktige poeng. Selv om hjerneutvikling er kompleks og styrt av mange faktorer, er det i barnets nære omsorgsmiljø at utviklingen finner sted. Verdens helseorganisasjon skriver: «God hjerne helse er en tilstand der enkeltmennesket kan bruke sine evner og sine kognitive, emosjonelle, psykologiske og atferdsmessige funksjoner for å mestre livet» (WHO, u.å.).

Dette er ikke nevrobabbel. Dette er grunnleggende og viktig kunnskap om menneskets utvikling og livsvilkår. ✕

REFERANSER

- Allen, J.P. (2021). Beyond Stability: Toward understanding the development of attachment beyond childhood. I R.A. Thompson, J.A. Simpson & L.J. Berlin (Red.), *Attachment: The fundamental questions* (s. 161–168). Guilford Publications.
- Dismukes, A.R., Shirtcliff, E.A. & Drury, S.S. (2019). Genetic and Epigenetic Processes in Infant Mental Health. I C.H. Zeanha (Red.), *Handbook of Infant Mental health* (4. utg., s. 63–80). The Guilford Press.
- Girme, Y.U., Jones, R.E., Fleck, C., Simpson, J.A. & Overall, N.C. (2021). Infants' attachment insecurity predicts attachment-relevant emotion regulation strategies in adulthood. *Emotion*, 21(2), 260–272. <https://doi.org/10.1037/emo0000721>.
- Heckman, J.J. (2006). Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*, 312(5782), 1900–1902. <https://doi.org/10.1126/science.1128898>
- Kok, R., Thijssen, S., Bakermans-Kranenburg, M.J., Jaddoe, V.W., Verhulst, F.C., White, T., van IJzendoorn, M.H. & Tiemeier, H. (2015). Normal variation in early parental sensitivity predicts child structural brain development. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 54(10), 824–831. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.07.009>.
- Lorentzen, P. (2024). Hjernen er ikke stjernen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(2), 128–131. <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2024/01/hjernen-er-ikke-stjernen>
- Lyons-Ruth, K., Li, F.H., Khoury, J.E., Ahtam, B., Sisitsky, M., Ou, Y., Enlow, M.B. & Grant, E. (2023). Maternal childhood abuse versus neglect associated with differential patterns of infant brain development. *Research on child and adolescent psychopathology*, 51, 1919–1932. <https://doi.org/10.1007/s10802-023-01041-4>
- Nelson, C.A., Zeanah, C.H. & Fox, N.A. (2019). How early experience shapes human development: The case of psychosocial deprivation. *Neural plasticity*, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2019/1676285>
- Valadez, E.A., Tottenham, N., Korom, M., Tabachnick, A.R., Pine, D.S. & Dozier, M. (2024). A randomized controlled trial of a parenting intervention during infancy alters amygdala-prefrontal circuitry in middle childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 63(1), 29–38. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.06.015>
- WHO. (u.å.). *Brain Health*. World health organization. https://www.who.int/health-topics/brain-health#tab=tab_1

Ung psykolog med noe på hjertet?

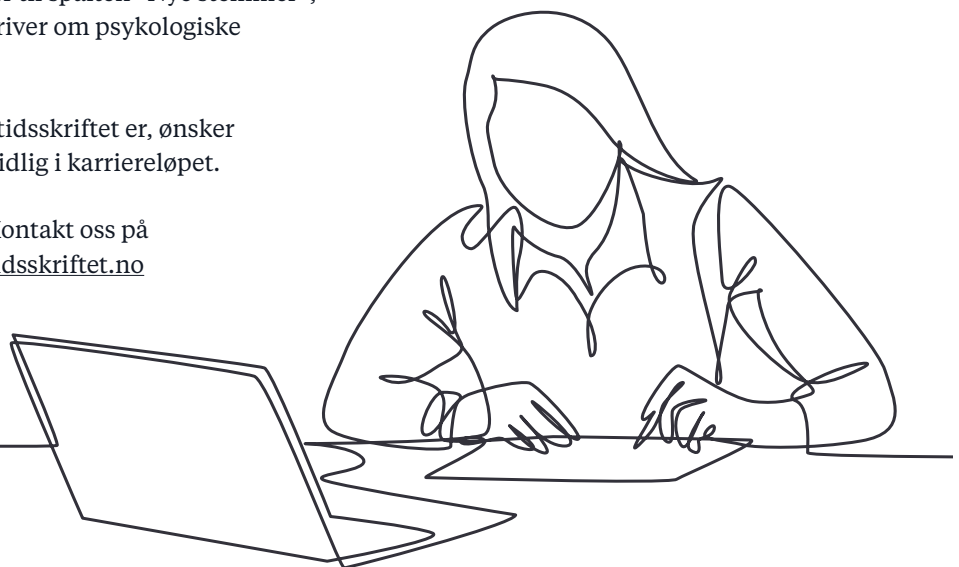
Vi ser etter nye skribenter til spalten «Nye stemmer», hvor ikke-spesialister skriver om psykologiske tema de brenner for.

I den fellesarenaen som tidsskriftet er, ønsker vi å høre fra deg som er tidlig i karriereløpet.

Er du vår nye stemme? Kontakt oss på redaksjonen@psykologtidsskriftet.no



BILDE: Simple Line / Adobe Stock



<https://psykologtidsskriftet.no/nye-stemmer>



John Thompson 2024

Validering på avveie

Vi trenger å ta et oppgjør med vår valideringspraksis.



VI FØDES MED følelser, men uten medfødte ferdigheter til å regulere eller forstå dem. Barn trenger andre til å bekrefte og gyldiggjøre deres følelser slik at de gradvis kan få grep om seg selv. Det er dette som er essensen i validering. Men barn trenger også andre til å hjelpe dem med å se at følelser ikke alltid speiler den ytre virkeligheten – «ikke alt er slik du føler». Det er dette som er essensen i optimal frustrering. Validering er viktig, men uten frustrering – ingen vekst.

Validering betyr ikke nødvendigvis fravær av frustrering, men misforstått eller feilslått validering gjør. Den sidestiller i altfor stor grad følelser med virkelighet, og på den måten gir barnets følelser definisjonsmakt på hva som er reelt og ikke. Barn blir ikke lykkelige av dette. De blir utrygge, skjøre og tyranniserende overfor sine omgivelser. Jeg mener at vi stadig oftere ser eksempler på dette. Vi, voksne, trenger å ta et oppgjør med vår valideringspraksis.

FORELDRE UTEN AUTORITET

Vi lever i valideringens tid. Barn tas med på råd, det lyttes mer til deres følelser, brukermedvirkningen er blitt styrket, og retten til selvbestemmelse tas mer hensyn til. Den autoritære vok-

senfiguren er nesten ikke lenger å se, verken på skolen, i barnehagen eller hjemme (Popovac, 2021a). Det har aldri vært lagt så mye vekt på anerkjennelse av barns følelser som i nyere tid, og fortsatt er det så mange barn som ikke har det bra. De siste årene har vi også sett en økning i foreldre som søker hjelp for å bli tryggere i situasjoner der de stiller krav og setter grenser for sine barn. Barnets protest, motvilje eller vegring i slike situasjoner vekker en usikkerhet i foreldre. «Gjør jeg noe galt, eller er det noe galt med barnet?»

Ved å fordrive den autoritære voksne ut av barneoppdragelsen har vi kanskje gjort foreldre og omsorgspersoner usikre på deres autoritetsrolle. Som om den voksne autoriteten ikke lenger trengs. Kanskje har vi skapt en skjult forventning om at validering av barnets følelser i seg selv vil være nok for at barnet vil endre sin atferd: «Når du ser at jeg empatisk bekrefter dine følelser og forstår din reaksjon, så vil dette i seg selv regulere deg ned eller gjøre at du endrer din atferd».

FØLELSER VERSUS VIRKELIGHET

Barn og ungdom kan på sin side ha en annen forventning. De kan oftere være i en tilstand av psykisk ekvivalens – å oppleve at deres følelser

TEKST Zemir Popovac, Favne Psykologbistand

KONTAKT
Zemir@favne.no

MERKNAD
Ingen oppgitte interessekonflikter.

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen





Frustrasjon er en del av det å vokse

speiler den ytre virkelighet – og dermed tenke «hvis du bekrefter mine følelser, så bekrefter du også min virkelighetsoppfatning – du er altså enig med meg!». For eksempel Marthe på 15 år som sier til sin mor: «Læreren min er en kald bitch. Jeg nekter å gå på skolen – bare på grunn av henne! Du skjønner hva jeg mener, du har jo møtt henne.»

Det å introdusere et annet perspektiv – «hva om det er du som tar feil av læreren» – kan lett øke temperatur og skape frustrasjon.

Validering handler om å anerkjenne følelser, men ikke nødvendigvis om å unngå frustrasjon. Å høre at andre ikke er enig med deg, er frustrerende. Det samme er det med å ikke få viljen sin, eller tape i spill, vente på tur, eller se andre få det til, men ikke du. Dette er viktige utviklingspsykologiske erfaringer for barn. Og frustrasjonen har en viktig rolle her. Det er nettopp den som tvinger barnet ut av likevekt, som igangsetter en indre bevegelse og påkaller en tilpasning. En endring. Enten endrer du noe utenfor deg selv – «krever at læreren skal slutte i jobben», eller så endrer du noe inni deg selv – din egen innstilling.

FRUSTRASJON GIR VEKST

Når barn opplever frustrasjon, vil de ofte legge press på den ytre verden; det er den som skal endres etter barnets følelser. Dette er en del av normalpsykologi – det er helt naturlig å lete etter kilden til ubehag utenfor seg selv. Men det å endre verden etter barnets følelser er ikke det samme som å validere følelser, *det er å likestille følelsene med virkelighet*. Dette må ikke vrangleses som at følelser aldri speiler virkeligheten, eller at det ytre aldri skal endres. Det er mange eksempler hvor dette er nødvendig (Popovac, 2021b).

Men det er ofte det motsatte som er en slagside av misforstått validering – det er når den ytre verden uhensiktsmessig tilpasses barnets følelser. Vi hører oftere nå enn før at det er læreren, fostermoren eller akkurat den ene miljøterapeuten som må byttes ut; noe *i det ytre* må endres for at den unge skal ha det bedre. Barnet får en bekreftelse på at det vonde kommer utenfra, og forventer følgelig at endringen skal skje der ute. Dette bidrar til at barnet blir stående impotent i møte med sin egen frustrasjon (barnet klarer ikke å holde den ut og regulere den), med mindre det ytre endrer seg. Samtidig vil det samme barnet fremstå som omnipotent i sitt press på ytre omgivelser – det frustrerte barnet blir en tyrann for omverdenen. Dette kan være med på å berede grunnen for utvikling av en alloplastisk type personlighet – «det er verden som skal tilpasse seg meg, og ikke omvendt» (Alexander, 1930).

Når barnet derimot opplever at frustrasjonen ikke truer barnets relasjon til andre mennesker, at de andre holder den ut, at de klarer å knytte adekvat mening til frustrasjonen, samt opprettholder krav og gir barnet støtte, så vil presset på å endre seg ligge på barnet og ikke på den ytre verden. Istedenfor å forvente at «verden skal tilpasse seg meg», vil barnet nå erfare at endring også kan skje på innsiden. Verden er den samme, men følelsene er endret. Dette bereder grunnen for utvikling av en mer autoplastisk personlighet. Det er dette som er vekst.

DEN VALIDERENDE OG FRUSTRERENDE VOKSNE

Å validere barnets følelser betyr ikke nødvendigvis å adlyde dem. Følelsene kan være knyttet til barnets ønsker, som kan være noe annet enn barnets behov. Den voksne vil ofte, i kraft av sine livserfaringer, vite at det barnet selv ønsker, kan være noe annet enn det barnet trenger. Sønnen

ønsker seg en is, mens pappa vet at gutten trenger å få i seg middagsmat. Asymmetrien i relasjonen, altså den voksnes kompetanse, forplikter den voksne til å være nettopp den voksne i relasjonen. Å gi barnet det barnet trenger, og ikke alltid det barnet ønsker, er en etisk plikt og viktig forutsetning for barnets normative utvikling (Vetlesen & Foros, 2015). Denne forpliktelsen innebærer også å evne å møte barnets motvilje.

Ulydighet og motvilje er en del av normalpsykologi. Dette bør vi minne oss oftere på. Barnets protest og opposisjon trenger verken å bety at foreldrene ikke er gode nok, eller at barnet skal ha en diagnose. Kan hende at alt er som det skal være. Frustrasjon er en del av det å vokse. Validering er nødvendig, men uten frustrering – ingen vekst.

Det skal være frustrerende å ikke få viljen sin, eller måtte vente på tur, eller bli satt grenser for. Vi vil at våre barn skal knytte følelser til sin vilje, at de virkelig vil noe med hele seg, og at de ikke er likegyldige når de ikke får det som de vil. Det ligger en vitalitet i frustrasjonen. Vi skal ikke underkue den, men vi skal heller ikke la den styre verden (for eksempel la barnet omsette den til vold). Et sted å starte er å akseptere den som en del av normalpsykologi.

UTVIKLINGSPSYKOLOGISKE ERFARINGER

Ulykkelige barn er ikke ulykkelige på grunn av for mye validering, men på grunn av at vi u hensiktsmessig likestiller deres følelser med den ytre virkelighet. «Føler du at læreren er en dust, da er han en dust.» Da forsterkes det en uoppnåelig forventning i barnet om at den ytre verden må endres for at barnet skal ha det bra. Dette er ikke alltid mulig å få til, og

barnet er «dømt» til å være ulykkelig. Om barnet opplever seg selv overveldet og maktesløst i møte med sin egen frustrasjon, og i tillegg opplever at den ytre verden bukker under for barnets følelser, vil ikke dette gjøre barnet lykkelig, men utrygt: «Ingen klarer å stå imot følelsene i meg.»

Når barn derimot opplever at frustrasjonen ikke får verden til å bukke under, at de andres kjærlighet for barnet ikke blir ødelagt, så vil barnet erfare at «frustrasjon er ubehagelig, men ikke farlig». Dette betyr ikke at foreldre og omsorgspersoner aldri skal være sinte på barnet, men at de også skal gi barnet opplevelse av at sinne ikke betyr tap av kjærlighet.

Omsorgspersonenes sinne er ikke en trussel om straff eller forvarsel om brudd i relasjonen, men en markering av grenseoverskridelse. Utover det å forstå at grensen er nådd, vil barnet ved hjelp av foreldrenes irritasjon erfare at grensen er nådd. Erfaring går noen ganger forut for forståelse – kognisjon. For at en norm skal læres, må den noen ganger også erfares. Ikke bare forstås. Så, når man som voksen har hevet stemmen over barnet, er bare halve jobben gjort. Den andre halve handler om å inngi barnet en opplevelse av at relasjonen ikke er ødelagt. Slik vil barnet lære – nettopp via erfaring – at gode relasjoner også kan romme frustrasjon. Dette styrker deres evne til å tåle uenighet uten å føle seg krenket, tørre å stå frem med sine tanker og utøve sunn selvhevdelse. Det innebærer også en større sjanse for at barnet vil utvikle en autoplastisk fremfor alloplastisk personlighet – altså at barnet som voksen kan evne å tilpasse seg ytre krav fremfor å legge press på at verden skal tilpasse seg ens egne følelser. ✕

REFERANSER

- Alexander, F. (1930). The Neurotic Character. *International Journal of Psychoanalysis*, 11, 292–311.
- Popovac, Z. (2021a). *Om økte helseplager hos barn og unge*. UNICEF Norge. <https://www.unicef.no/denene/psykisk-helse/hvorfor>
- Popovac, Z. (2021b). *Psykisk helse hos flerkulturelle barn og unge*. UNICEF Norge. <https://www.unicef.no/denene/tema/kultur>
- Vetlesen, A.J. & Foros, P.B. (2015). *Angsten for oppdragelse*. Universitetsforlaget.

Meningsløst helsebyråkrati må fjernes

Tilliten til hjelpesystemet svekkes når veien til hjelp byråkratiseres.



TEKST Tommy Sjøfjell og Anne-Kristin Imenes, KORUS Sør



FOTO MERETE BERG TOREGG

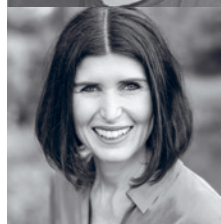


FOTO STUDIO EXPOSE

KONTAKT tommy.sjofjell@korus-sor.no

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Å SØKE RUS- eller psykisk helsehjelp kan minne om lypærevitsen. Den peker på hvor mange personer av ulike folkeslag eller yrkesgrupper som trengs for å skifte en pære. Vitsen gir assosiasjoner til prosessen med å søke rusbehandling eller psykisk helsehjelp. Hvor mange helsepersonell trengs for å vurdere et hjelpebehov? Svaret er dessverre at altfor mange helsearbeidere blir involvert i vurderingen om en person får hjelp. Dette er etter vårt syn en praksis og ressursbruk som ikke er bærekraftig verken nå eller fremover. I tillegg skapes unødige barrierer og forsinkelser for brukere som trenger rask hjelp.

BEKYMRINGSFULL RESSURSBRUK

Helse- og omsorgstjenestene står overfor store utfordringer. Helsepersonellkommisjonens utredning som kom i fjor (NOU 2023: 4), pekte på at tjenestene mangler kvalifisert helsepersonell. Utfordringsbildet støttes også av Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024–2027) (Meld. St. 9 (2023–2024)) som kom sist uke. I denne pekes det på at for spesialisthelsetjenestens del er det behov for tydeligere prioriteringer og produktivitetsfremmende tiltak for å videreføre et bærekraftig tjenestetilbud.

Ett tiltak er at alle pasienter som har behov for utredning og behandling innen psykisk hel-

severn for voksne, vil bli henvist til ett sted i helseforetaket. Vi er bekymret for hvor mange personer og hvor mye ressurser som skal involveres i henvisningen. Det er bekymringsfullt at leger, psykologer, sykepleiere og sosialfaglig personell som det er mangel på mange steder i tjenestene, bruker tid på dette. Vi er redd denne ytterligere byråkratiseringen stjeler fagressurser fra andre steder og gjør nåløyet trangere og mer omstendelig for helsehjelp.

Vi er det landet i Europa med flest ansatte i helsetjenestene pr. innbygger, og ligger i toppen i bruk av offentlige midler i helse. Denne ressursbruken er ikke bærekraftig. I 2023 sa helseminister Ingvild Kjerkol i sin tale til sykehusene at «Jeg vil be helseregionene om å se på hva de kan gjøre mindre av» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023).

Her er vårt forslag til hva helseministeren kan gjøre: Kutt i helsebyråkratiet. Vi som skriver dette, representerer brukersiden og fagsiden. Vi har opplevd meningsløse portvokterfunksjoner og vil si noe om omkostningene. Men først et eksempel på hva god ressursbruk kan være, og hvor viktig det er.

ET TILGJENGELIG MEDMENNESKE

Hovedgrunnen til at jeg, Tommy, fremdeles er i live, er at fastlegen stilte opp for meg i etter-



BYRÅKRATISK BLINDVEI Her er vårt forslag til hva helseministeren kan gjøre: Kutt i helsebyråkratiet, skriver artikkelforfatterne.
Foto: Shutterstock / NTB Scanpix

kant av en livskrise med et tilbakefall til rus. Tilbakefallet og de destruktive tankene medførte skam. Jeg ønsket ikke å leve lenger. I nesten et år fikk jeg ukentlige samtaler. Å bruke så mye av tiden til en travel fastlege var vanskelig, men jeg trengte samtalene. Selv om hun var en ung nyutdannet lege og syntes det var utfordrende å ha en pasient som var så dårlig som meg, klarte hun å romme livssmerten og skammen. Hun var et tilgjengelig medmenneske. Jeg overlevde, ikke alle gjør det. Skam og tjenester som skaper skam, dreper langt flere enn vi tror.

Jeg var så skamfull at jeg nektet fastlegen å henvise meg videre. Jeg ville ikke miste kontroll over informasjonsflyten. Norge er et lite land, og jobben min innebærer møter med de samme folkene som vurderer henvisninger. Jeg har ingen grunn til å tro at disse ikke overholder taushetsplikten. Men jeg vil vite hvem som skal kjenne til mine innerste hemmeligheter. Dessverre er systemet bygd opp slik at du må dele skamfulle hemmeligheter med mange for å være en verdig hjelpetrengende.

MØTE MED PORTVOKTERE OG DØRVAKTER

Da jeg omsider lot fastlegen sende en godt begrunnet henvisning, skjedde følgende: Henvisningen ble lest og vurdert av to sekretærer, en sosionom, en psykologspesialist og to over-

leger. Seks personer som ikke var involvert i min behandling, skulle vurdere om jeg var verdig helsehjelp. Dette er en ressursbruk som er forkastelig og på grensen til uetisk. Disse hjelperne må få bruke arbeidstiden sin på å hjelpe, ikke kontrollere. Samtidig fantes det en overlege på sykehuset som kjente meg, hun var min tidligere fastlege og ute i spesialisering. Siden jeg hadde en relasjon til henne, ønsket jeg henne som behandler. Hennes kompetanse ble ikke trukket inn i vurderingen. Hun ble for øvrig til slutt min behandler, den eneste som ikke hadde lest om og vurdert meg. Forstå det den som kan.

TIPS TIL EFFEKTIVISERING

Det er etter vårt syn fullt mulig å gjennomføre henvisninger på en enklere måte. Her er noen tips til effektivisering: Når jeg og fastlegen min, etter lang tids oppfølging, mener jeg bør snakke med noen på sykehuset, bør man selvfølgelig kalle meg inn til en time uten ytterligere vurdering. Alle bør innvilges en samtale, og i denne samtalen avklarer man behov for videre behandling, og starter allerede der å utforme en behandlingsplan. I etterkant kan behandleren forankre beslutningen i et team om det er nødvendig. Her er tips nummer to: Slutt å gjøre ting vanskelig om det kan gjøres lett. I mitt til-



... altfor mange helsearbeidere blir involvert i vurderingen om en person får hjelp





... skamfulle erfaringer blir drøftet, veid, vurdert og dokumentert

felle kunne overlegen som kjente meg, og som jeg ifølge henvisningen ønsket som behandler, innkalt meg til en samtale. Eller kanskje enda bedre ringt og gjort en avtale som passet for oss begge.

KOMMUNENS BYRÅKRATISKE OVERFORMYNDERI

De samme problemstillingene er å finne i kommunen. Ansatte på et kontor fatter skriftlige vedtak om hva slags hjelp de tror at brukerne trenger. En fremmed som ikke skal ha en rolle i behandlingen, kartlegger brukerens behov. Vi mener dette er et fordyrende og lite meningsfullt mellomledd, og at tiden er overmoden for å kutte slike funksjoner i helsetjenestene. På tross av systemenes strenge dokumentasjonskrav og byråkratiske overformynderi vil man nok streve med å finne brukere som sier de har fått det bedre fordi vedtaket var godt, eller fordi behandleren dokumenterte så bra.

Vi forstår behovet for dokumentasjon, og vi ivrer for god journalføring som er nyttig for brukeren og andre som skal hjelpe. Vi forstår også at det kan være vanskelig å sikre rettferdig fordeling av knappe ressurser. Men denne typen vanskelige vurderinger gjør helsearbeidere hver dag i sine pasientmøter.

Vi mener det brukes altfor store ressurser på å overstyre brukeres og fagpersoners vurderinger. Dette forsinker hjelpeprosessen og kan for både brukere og pårørende få fatale konsekvenser.

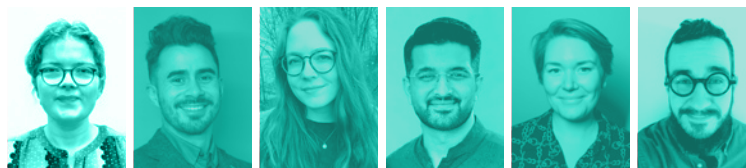
MORGENDAGENS HELSETJENESTER

Vi ønsker at helsepersonell vil bli brukt på en smartere og mer effektiv måte i fremtiden. Da må meningsløst helsebyråkrati fjernes. Det er bortkastet å gjøre ressurskrevende og omstendelige vurderinger langt unna brukerne. Alle som har behov for psykisk helse- eller rustjenester, bør etter vårt syn få en vurderingssamtale på sykehuset. Det er jo dette som er kjernen i å gi helsehjelp – å sammen med brukeren finne ut hva som hjelper, og hvordan hjelpen best kan gis.

Tilliten til systemets evne til å hjelpe svekkes når veien til hjelp byråkratiseres. Mange mister håp og motivasjon underveis. Det gjør noe med brukerne å vite at deres innerste skamfulle erfaringer blir drøftet, veid, vurdert og dokumentert av noen som ikke kjenner dem. Det må bli slutt på at det tas beslutninger om hvem som er verdige samtalen på DPS, uten å engang møte menneskene det gjelder. ✕

REFERANSER

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Sykehustalen 2023*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2023/id2959568/>
- Meld. St. 9 (2023–2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027— Vår felles helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/?ch=1>
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/?ch=1>



HELÉN INGRID ANDREASSEN er spaltist i aprilutgaven.

Nøytralitet er en illusjon

Et ideal om en nøytral psykologrolle kan gjøre oss ansiktsløse og lite handlekraftige.

Gjennom min tid som psykologstudent og senere psykolog har jeg tenkt mye på begrepet nøytralitet. Det virker å være viktig for mange i vårt kollegium å fremstå med nøytralitet og forståelse for alle synspunkter. Vi møter mennesker med ulik bakgrunn, erfaring og livssituasjon. Nøytralitet kan være med på å skape et åpent og trygt rom, og vise at en møter andre mennesker uten fordommer og forutinntatthet. Det blir en viktig del av alliansebyggingen med våre klienter, og derfor av det terapeutiske arbeidet. Nøytralitet har etter mitt syn blitt en type profesjonell verdi som vi har med oss i møte med klienter, myndigheter og offentligheten.

Noen ganger lurer jeg likevel på om vår streben etter nøytralitet er feilslått. At vårt ønske om å være nøytral nok for «alle» gjør oss ansiktsløse i relasjonene våre og til og med svekker troen på oss selv. Kanskje skaper vi også en illusjon om at reell nøytralitet faktisk er oppnåelig. For kan vi egentlig være «bare psykolog»? Jeg tror ikke rollen som psykolog kan hermetisk adskilles fra de mange andre rollene vi har

med oss i livet vi lever, i oppgavene vi utfører, i tjenestene vi fyller. Og jeg tror ikke engang at jeg vil det.

NØYTRALITET OG LIKHET

Da jeg studerte, merket jeg raskt at det fantes et press for konformitet og nøytralitet. Studentkullene var homogene, fulle av mennesker som lignet på meg: unge, hvite kvinner fra øvre middelklasse. De var og er dyktige fagpersoner og gode venner av meg i dag, men vi ble stadig likere etter hvert som idealet om nøytralitet ble tydeligere. Vi var ofte enige, og hadde samme utgangspunkt for å begynne med psykologi: et ønske om å hjelpe andre, i kombinasjon med sterke faglige prestasjoner. Mange begynte å kle seg likere også. Svart turtleneck, hornbriller og lite tilbehør var typisk for de som gikk på psykodynamisk internklinikk. Da jeg begynte i min første jobb på allmennpoliklinikk DPS, gikk de fleste med Birkenstock-sko, skinny jeans og ull-kardigan. Derfor la jeg vekk palestinasjernet og gjorde det samme. Jeg har aldri vært redd for å si hva jeg mener, men jeg følte jeg i det min-

MERKNAD

Andreassen er leder av Yngre psykologers utvalg og nestleder i Norsk psykologforenings Oslo-avdeling

NYE STEMMER

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

ste burde se nøytral ut. Det er litt gøy å tenke tilbake på, det ble en slags parodi på nøytralitet.

ERFARINGER FRA TERAPIROMMET

Reelt sett har det ikke vært mulig for meg å fremstå nøytral, uavhengig av klesstil og væremåte. Ikke fordi jeg ikke kan «se nøytral» ut, men fordi jeg har vært ungdomspolitiker. Google du meg, flyr all politisk nøytralitet ut av vinduet. Jeg har derfor tenkt mye på hva som skjer dersom en pasient tar opp min politiske bakgrunn i samtalene.

Det skjedde også allerede i mitt første år som psykolog i allmennpoliklinikk. Pasientene tok opp temaet på ulike måter, og interessant nok åpnet min «ikke-nøytralitet» opp for gode samtaler. Det gav en inngang til å drøfte samfunnet og hvordan det grep inn i pasientenes liv, som NAV-systemets mangler, kjønnsroller, rasisme og arbeidsforhold. Også der min pasient fremførte at hen var uenig med meg, ble det fine samtaler, eksempelvis om personlig ansvar. På mange måter var det en lettelse at jeg var «avslørt», fordi vi da kunne snakke åpent om det. Samtidig balanserte jeg på en knivsegg, hvor det åpenbart var ekstremt viktig for meg at terapien ikke ble politisert, eller at jeg ble oppfattet som å ville overbevise klienten. Men i en godt etablert terapeutisk relasjon, med gjensidig tillit, ble ikke dette noe problem. Det ble heller ikke noe stort eller tidkrevende tema. Oppmerksomheten var naturlig nok på pasienten.

Jeg ville nok på forhånd ha spådd at min manglende nøytralitet kunne skape utfordringer i relasjon til mine pasienter, at de kunne møte meg med mer skepsis, lite tillit eller fordommer mot den jeg er, eller det jeg står for. Men erfaringen har heller vært motsatt. Det har ført til gode og kloke samtaler. Kanskje var det nettopp det at jeg ikke er nøytral eller «bare psykolog», som gav noe mer i kontakten? Kanskje undervurderte jeg hvordan vi alle møter, og må møte, hele mennesker, psykolog eller ei.

Til tross for gode erfaringer er det nesten litt skummelt å skrive om dem. Ønsket om å fremstå nøytral står fortsatt sterkt i meg – selv om jeg egentlig har gitt det opp. Jeg lurer på hva du som leser vil tenke, og om noen av dere vil vurdere meg som uprofesjonell.

VÅRT BEHOV FOR NØYTRALITET

Som for mange andre er det å være psykolog en svært viktig del av min identitet. Så viktig

at kravene og normene i profesjonen kan ta mye plass, også inn i privatlivet – best illustrert av mine konforme klesvalg. Jeg har etter hvert frigjort meg fra den uniformerte nøytraliteten (selv om mine venner beskriver klesstilen min som svært «normcore»). Men nøytralitet som prinsipp preger etter min mening psykologstanden, og får konsekvenser utover jobben vår.

Jeg tror vi risikerer å gi avkall på noe dersom vi er «bare psykolog» hele tiden, i stedet for «psykolog med mer». Det forventes at psykologer skal være nøytrale, balanserte og drøftende, ikke bastante, brå eller spissformulerte. Men nøytralitet kan skape en slags ansiktsløshet, en mangel på særegenheter, ja, en mangel på standpunkt og handlekraft.

Filosofiprofessor Arne Johan Vetlesen (2024) skriver i forrige utgave av *Psykologtidsskriftet* om at man heller ikke slipper unna ved å hevde at man er nøytral eller kan se begge sider av en sak. Nøytralitet betyr ofte å forsvare det bestående, de som styrer, og der bør vi være varsomme og ta gode vurderinger rundt hvem vi vil assosieres med.

Å TÅLE HELE MENNESKER

Jeg tar meg selv i å lure på om det er noe selvhenførende med vårt nøytralitetsideal – et snev av terapeutisk narsissisme. Jeg vil påstå at det ikke nødvendigvis betyr så mye om vi fremstår på den ene eller andre måten. Mennesker kommer til psykologer for å få hjelp med sitt eget liv og sine egne problemer, det er der søkelyset som regel ligger. Om terapeuten fremstår litt på siden av det som forventes, eller har en kjent politisk historikk, tviler jeg på at det vil svekke behandlingen eller evnen til å skape en god relasjon. Vi trenger ikke å gå i ett med tapetet for å være til stede i det terapeutiske rom. Jeg tror pasientene våre tåler at vi er hele mennesker, og at behovet for nøytralitet kanskje er mer vårt eget.

Å SKAPE ENDRING

Alliansen vi har til våre pasienter, bør eksistere også utenfor det terapeutiske rom. Gjennom vårt arbeid med mennesker i vanskelige livssituasjoner får vi informasjon om hvordan de strever i møtet med systemene og samfunnet rundt oss. Det er ofte mennesker som ikke får god representasjon i media eller opp mot myndighetene, og som har få som driver lobbyvirk-

somhet på deres vegne. Mennesker med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet har ofte nok med seg selv og håndteringen av egen hverdag – forståelig nok. De er ikke tjent med at vi unnlater å være meningsbærere for dem ute i samfunnet. Som psykologer burde vi si ifra i offentligheten mer enn vi gjør i dag, og med en klarere stemme som ønsker endring.

Nøytralitet må ikke holde oss tilbake fra å ta viktige kamper på vegne av pasienter og brukere av våre tjenester. Når psykisk helsevern systematisk nedprioriteres i så stor grad at vi ikke får utført god nok behandling, må vi si ifra. Når møtet med NAV-systemet gjør folk sykere, må vi forsvare våre pasienter og si ifra. Når sykehusene opererer med skjulte ventelister, kan vi ikke stå og se på. Når den beste behandlingen mennesker med rusavhengighet får, skjer i fengsel, bør vi rope varsko. Når overgrepsofre ikke blir tatt på alvor, kan vi ikke tie. Vi kan ikke være nøytrale.

Å stå på barrikadene er ikke ødeleggende for et ideal om nøytralitet, det er oppbyggende for dem som trenger oss på deres side. Det er i tråd med vårt oppdrag å både yte terapeutisk hjelp og bistand i kampen for endring. Slik kan vi være med og skape et samfunn som er bedre og skyver færre fra seg.

Jeg vil heller det enn å være så nøytral at jeg i realiteten stilltiende støtter det som skaper problemene i utgangspunktet. ✖



Å stå på barrikadene er ikke ødeleggende for et ideal om nøytralitet

REFERANSE

Vetlesen, A.J. (2024). Verdier i krig. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(3), 184–187. <https://psykologtidsskriftet.no/etikspanelet/2024/03/verdier-i-krig>

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

Et forsvar for flokken

Svein Haugsgjerd går bredt til verks for å forstå psykosefenomenet, i en bok som burde vært bedre bearbeidet.



BOK *Galskapens gåter. Psykotiske tilstander. En idéhistorisk og psykoanalytisk tilnærming*

FORFATTER Svein Haugsgjerd
ÅR 2023
FORLAG Hertervig forlag Akademisk
SIDER 460

ANMELDT AV

Espen Håland, avtalehjemmel i Lillesand

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter.

DET ER VERDT å lytte til Svein Haugsgjerd. Han har omfattende erfaring og har skrevet flere bøker om psykose og psykiatri. Han har en genuin forkjærlighet for pasienter med denne lidelsen, og det kommer frem et oppriktig ønske om å forstå psykose. Forfatteren viser en stor åpenhet og nysgjerrighet for fenomenet. Han viser til at psykosen best må forstås og behandles ut fra kunnskap fra ulike forsknings-tradisjoner, som spesielt presenteres i del 1 og 2 av boken. Samtidig er Haugsgjerd psykoanalytiker og det er hans psykoanalytiske forståelse som får utfolde seg i del 3 om teori. I del 4 Praksis får vi et åpent og ærlig innblikk i Haugsgjerd tidligere psykoanalytisk orienterte terapier med psykotiske pasienter.

INGEN PROFET SOM SKAL OVERBEVISE

Han er også befriende ærlig om hvor vanskelig det kan være, både i den teoretiske forståelsen og ikke minst i praksis. Her er det ingen profet som skal overbevise oss om den rette lære. Det i seg selv er et kvalitetstegn ved boken. For en leser som selv befinner seg innenfor det psykoanalytiske perspektivet, er dette en påminnelse om det å «løfte blikket» og ta inn ulike måter å forstå psykose på og tenke om behandling. Haugsgjerd viser med rette til at dette er en pasientgruppe som ofte trenger en «flokk», i betydningen et tverrfaglig tilbud på flere nivåer. Det holder ikke med samtalerapi på et kon-

tor en gang i uka. Det holder heller ikke med en terapeut som «jobber alene». Psykose er krevene å forstå, og terapeuten trenger veiledning og et fagmiljø rundt seg. Haugsgjerd skisserer hvordan han selv tror et godt tilbud til denne pasientgruppen kan se ut. Samtidig sier han at det er vanskelig å få til med rådende rammeforhold i psykisk helsevern. Gjennom ulike former for forskning viser han også den personlige, familiære og samfunnsmessige betydningen av å hjelpe pasienter med psykose.

REFERANSEROT

Boken kunne vært enda bedre. Overordnet kan det virke som den ikke helt har hatt en kritisk gjennomlesning. For eksempel er det flere tilfeller av referanser som ikke er med i referanselisten. Andre steder vises det til forskning og navn uten at dette er ført opp i referansene. Jeg tror også boken kunne vært mye bedre hvis noen hadde lest kritisk og utfordret forfatteren på deler av innholdet. For eksempel er det et vidt spekter av teoriretninger som Haugsgjerd refererer til, deriblant et 30 siders kapittel om forfatteren James Joyce og «de gåtefulle ordene», og Lacans forståelse av dette. Det er som om Haugsgjerd har fått skrive om alt han er interessert i – og det er mye – uten noen form for begrensning. Dette er spennende, samtidig tror jeg boken hadde nådd flere gjennom bedre redigering.



MER BEARBEIDING Boken kunne vært enda bedre. Overordnet kan det virke som den ikke helt har hatt en kritisk gjennomlesning.
Foto: Shutterstock / NTB Scanpix

Del 1, Grunnleggende spørsmål, og del 2, Felles kunnskap, vil være aktuelle for mange lesere med interesse for psykosefeltet, mens del 3 og 4 om teori og praksis, nok er mest aktuelle for de psykoanalytisk interesserte. I teoridelen er det mange teoretiske stemmer som slipper til, samtidig med Haugsgjerd's egen tenkning og forståelse. Dette har noe varierende kvalitet. For eksempel synes jeg Bions tenkning om psykose var tankevekkende, mens Meltzers tenkning var vanskelig å henge med på. Jeg spør meg om dette kunne blitt formidlet på en måte som var lettere å forstå.

UBEHAGELIGE SPØRSMÅL

Det er noen vanskelige spørsmål som ligger under store deler av denne boken. For eksempel skal vi forstå eller skal vi håndtere psykose? Haugsgjerd er tydelig på at forståelse er viktig, og er opptatt av at den psykoanalytiske forståelsen er et viktig bidrag i denne sammenheng. Ved å presentere mange ulike psykoanalytiske teoretiske innfallsvinkler understreker forfatteren samtidig hvor vanskelig forståelse er. Det Haugsgjerd så tydelig fremhever, er at det finnes ikke én riktig forståelse av psykose. Forfatterens åpenhet er prisverdig, men ikke nødvendigvis gjeldende for fagmiljøer eller behandlingsmiljøer. Flere vil mene at psykose er en sykdom som må behandles med medisiner og støtte, og at dypere forståelse ikke er

mulig. Skal psykose heller håndteres som en sykdom uten mening? Som Haugsgjerd selv er inne på, slik sykehusene er organisert i dag, med færre sengeplasser, er det lite rom for å skape robuste fagmiljø og et langvarig kontinuerlig behandlingstilbud til denne pasientgruppen. Det er stadig mindre rom til «forståelsesarbeid» med psykisk syke i psykisk helsevern. Dette er også en utfordring i møte med pasientgruppen.

Og hvis vi ikke kan gi langvarig behandling som er i tråd med forskning på feltet, bør vi da gi et tilbud i det hele tatt? Kan behandling som gis halvveis være skadelig? Behandling kan være skadelig, særlig for psykosepasienter, hvis ikke rammene er gode nok. Men hva er alternativet? Kanskje må noen, etter hvert som ressursene stadig blir mindre, ta noen tøffe valg knyttet til prioritering. Mange i politikk og sykehusledelse er opptatt av kostnad og nytte, psykosepasientene og behandling av disse aktualiserer dette på en ubehagelig måte. *Galskapens gåter* kommer inn på disse spørsmålene og antyder noen svar, men svarene krever en forståelse som kanskje er i ferd med å dø ut, og ressurser som ikke finnes. ❌

”

Haugsgjerd viser med rette til at dette er en pasientgruppe som ofte trenger en «flokk»

Bredt og oppdatert om spill

Boken kan lære psykologer om hvordan spilling dekker sentrale psykologiske behov, og hvorfor det er vanskelig å gi slipp.



BOK *Penge- og dataspill: Lek, læring, lidenskap og lidelse*
REDAKTØRER Stian Overå, Marianne Martinsen & Hans-Jørgen Wallin Weihe
ÅR 2023
FORLAG Hertervig forlag Akademisk
SIDER 240

ANMELDT AV
 André Syvertsen,
 Nasjonalt kompetansesenter for spillforskning, Universitetet i Bergen

MERKNAD
 Ingen oppgitte interessekonflikter.

PENGE- OG DATASPILL: *Lek, læring, lidenskap og lidelse* har som mål å gi en bred og oppdatert presentasjon av fenomenet. Del 1 gir et overordnet kulturelt, historisk og politisk blikk på penge- og dataspill. Del 2 snevrer inn på spesifikke temaer om spill og spilleren. Del 3 slipper normalfokuset og tar for seg avhengighet og tiltak mot penge- og dataspillproblematikk. Bokens målgruppe er tilsvarende bred, og henvender seg til «... studenter og ansatte innenfor skole-, helse- og sosialsektoren, samt politikere, samfunnsopptatte, pårørende og spillere».

GODT FOR DIALOGEN MED SPILLEREN

Del 3 fokuserer på avhengighet og behandling, og fremstår nok umiddelbart som den mest relevante delen for kliniske psykologer. Jeg tror likevel at kollegaene mine som møter pasienter som spiller penge- eller dataspill vil sette mer pris på de mer livaktige og dyptgående beskrivelsene som karakteriserer de beste kapitlene i del 2. I kapittel 8 av Stian Overå, Hans-Jørgen Wallin Weihe og Marianne Martinsen får vi kjennskap til forskningen på de grunnleggende psykologiske behovene for selvbestemmelse, kompetanse og relasjoner. Dataspillers særegne evne til å dekke disse behovene, ikke minst ved å legge til rette for den nære utviklingssonen, er med på å forklare engasjementet, gleden, og investeringen i tid og energi som dataspillere gjør på tross av tilsynelatende frustrasjon. Kapittel 13 av Niri Talberg gir inngående omtale av poker, inkludert historie, motivasjoner og spillestiler. Det kan virke vilkårlig at én type pengespill vies et eget kapittel uten at andre

typer gjør det, samtidig illustrerer kapittelet godt skillet mellom pengespill styrt av rene tilfeldigheter (f.eks. spillautomater og lotto) og de med ferdighetselementer (f.eks. poker og oddstipping). Min kliniske erfaring er at spillavhengige som begrenser seg til pengespill med ferdighetselement vil legge mer identitet i spillingen, og dermed blir sorgen større når spillingen gis slipp på. Psykologer som har grunnleggende kjennskap til slike aspekter danner nok lettere allianse til en pasientgruppe som vegrer seg for å søke behandling grunnet opplevd utenforskap.

Andre nevneverdige gode kapitler om dataspilling inkluderer blant annet kapittel 10 – «Gutter, skolearbeid og dataspill» av Karolin Moberg, som setter gutters beskrivelser av egen dataspilling i samfunnsmessig kontekst; kapittel 11 – «Historien om da ungdama ble til og at jenter har det tøft i dataspill» av Niri Talberg, som forklarer det særegne ved dataspilling hos jenter, inkludert stigma og hets som de kan møte; og kapittel 9 – «E-sport» av Stian Overå, som beskriver organisert idrett og konkurranse i dataspilling med særlig hensyn til Norge. Litt kjennskap til betydningen og konsekvensene til dataspill går lang vei når man skal gå i dialog med dataspillere, både i og utenfor klinikken.

Del 3 gir diagnostiske beskrivelser av data- og pengespillavhengighet, prevalenstall på dette, beskrivelse av hvordan helsevesenet er organisert i møte med denne problematikken, og tilbud som behandling, selvhjelp og gjeldsrådgivning. Innholdet av hjelpetilbud og hel-

sevesenet vil sannsynligvis være kjent for flere psykologer, og man må ty til andre tekster for nærmere og konkrete beskrivelser av tiltak. Jeg anbefaler da korus.no sine ressurser for pengespill og gaming (dataspill) som er utarbeidet eller samlet sammen av flere av bidragsyterne i denne fagboken.

FRUSTRERENDE FOR NYSGJERRIGE LESERE

Bokens bredde i tematikk, målgruppe og fagområder gjør at den flere steder sprer seg for tynt. Flere kapitler er på 3–5 sider. Tidvis virker det naturlig og fungerer ved å gi leseren grov kjennskap til aktuelle, men smalere temaer rundt data- og pengespill. Et eksempel på dette er kapittel 3 – «Penge- og aksjemarked som spill» av Carsten Syvertsen og Hans-Jørgen Wallin Weihe, som tar for seg ukritiske investeringer som gråsoner av pengespilling. utfordringer med daytrading og kryptovaluta kan presentere seg klinisk. Da er det nyttig å være bevisst at slike risikofylte investeringer utløser samme mekanismer som mer tradisjonelle pengespill. I andre tilfeller blir store tema behandlet på måter som verken fungerer informativt eller som springbrett til videre selvstendig undersøkelse av tema fordi beskrivelsene blir for generelle eller selvfølgelige.

Flere svakheter ved boken kunne vært unngått dersom redaktørene hadde kvalitetssikret ytterligere. Nysgjerrige lesere som ønsker å gjøre dypdykk i tekstreferansene kan møte på problemer når referanser mangler i referanselisten eller viser seg å være feilaktige. Dette er et gjennomgående problem i boken. Det blir mer problematisk når mange kapitler er korte og fungerer som smakebiter på noe leseren må undersøke videre gjennom henvist litteratur. Flere steder i boken er det også vanskelig å vite om forfatteren snakker om pengespill, dataspill eller begge deler.

I 2016 var Stian Overå og Hans-Jørgen Wallin Weihe redaktører for boken *Spillavhengighet: Gaming og gambling*, og i forordet til *Penge- og dataspill: Lek, læring, lidenskap og lidelse* fremgår det at denne nye fagboken skal være en forkortet og oppdatert fagbok om penge- og dataspill. Jeg vil si redaktørene og forfatterne i stor grad har lyktes med dette. *Spillavhengighet: Gaming og gambling* hadde et stort omfang, men opplevdes likevel fragmentert og var tidvis overdrevent detaljert. Den nye fagboken treffer en bedre balanse i bredde og dybde. ❌



... kjennskap til betydningen og konsekvensene til dataspill går lang vei når man skal gå i dialog med dataspillere



MALERI: PIKEN VED VINDUET, EDVARD MUNCH (1893) / THE ART INSTITUTE OF CHICAGO

Den tidlige selvstendighetens omkostninger

Omgivelsene må tåle de dramatiske prosessene som tilhører ungdomsperioden. Bare slik kan ungdommen finne seg selv.

I 2019 utga den svenske advokaten, sykepleieren og forfatteren Sofia Åkerman boken *Ärr för livet*, der hun skriver om sine ungdomserfaringer. Hun ønsket å forklare de fysiske og psykiske sårene kroppen hennes var merket med, for barna sine. Hun spør: Hva var det egentlig som skjedde i ungdomstiden min? For omkring 20 år siden, da hun var nesten 15 år gammel, ble hun innlagt i barnepsykiatrien med mild spiseforstyrrelse og selvskading. Hun ble i psykiatrien i fire år, dårligere for hver dag, inntil hun ga helt opp i et selvmordsforsøk. Til slutt klarte hun å reise seg igjen.

Sofias fortelling er en fortelling om et samfunn, en psykiatri og foreldre som ikke forsto hva ungdomsfasens våtmarksområder handlet om. Jeg vil spørre om vi i dag, 20 år senere, forstår det bedre. Jeg vil vise hvordan Sofias fortelling kan leses som et varsel om at samfunnets ytre krav til ungdommen har blitt enda sterkere. Kravene er så mange, høye og motsatt rettede at nær sagt alle ungdommens livsområder blir invadert med utmattende forventninger.

Det kan samtidig virke som om samfunnet, det psykologiske fagfeltet og foreldrene har fått mer kunnskap om de naturlige prøvelsene ungdommen møter på sin ferd gjennom våtmarksområdene. Men jeg vil spørre om ikke fagfeltets fokus på symptomer og diagnoser kan gjøre ungdommens vandringer i ukjente myrlandskap enda tyngre. Mange av hjelpetiltakene er basert på altfor enkle forestillinger om forhold

det mellom samfunn og individ, der generelle tiltak ikke nødvendigvis når inn til kjernen av den enkelte ungdoms problematikk.

DEN PERFEKTE JENTA

Sofia Åkerman har skrevet fire bøker. I 2004 var hun 20 år gammel da hun skrev *Zebrafliskan*, der hun forteller om sitt brutale møte med psykiatrien. Boken fikk mye oppmerksomhet for beskrivelsene av selvskading, som da var lite kjent. I 2009 skrev hun en selvhjelpsbok, *För att överleva*, inspirert av kognitiv terapi. Hun var også en av initiativtagerne til foreningen SHEDO («Self harm and eating disorder organisation»), som har som mål å gi kunnskap og hjelp til unge som lider av selvskading. I 2011 skrev hun *Sluttstation rättspsyk – om tvångsvårdade kvinnor som inte dömts för brott*, som er et rasende oppgjør med at unge selvskadende jenter ble sperret inne på sikkerhetsavdelinger uten god behandling. I 2019 kommer altså boken *Ärr för livet*.

Sofia beskriver en oppvekst med foreldre som har organisert familielivet slik majoriteten gjør i dag. Hektiske hverdager med både mor og far i arbeid og tidlig barnehagestart. Moren var flyvertinne og beskrives som en typisk flittig mamma som ordnet og fikset alt. Faren var en snill, lukket og ambisiøs person. Han var stolt av Sofia, og klarte ikke å skjule sine ambisjoner.

Sofia beskriver at hun ble tidlig selvstendig. Fra den dagen hennes tre år yngre bror

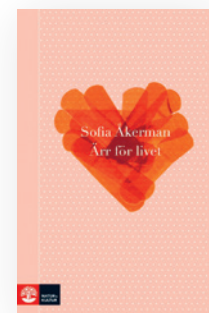
TEKST Per Are Løkke, privatpraksis

KONTAKT

pe-arelo@online.no

MERKNAD

Essayet er en bearbejdet versjon av et innlegg holdt på Psykologkongressen 2023. Forfatter har oversatt sitatene fra Åkerman 2019 fra svensk.



BOK *Ärr för livet*

FORFATTER

Sofia Åkerman

ÅR 2019

FORLAG Natur

Kultur Akademisk

SIDER 325



ble født, ville hun klare absolutt alt selv. Hun var ansvarsfull, snill, flink og talentfull. Skolen mestret hun uten for mange anstrengelser. Hun leste vanskelig bøker i 5. klasse, var flink til å tegne, skrev eget musikkmanus og satte opp teaterforestillinger.

Jeg var virkelig en veltilpasset jente. Mamma har sagt at hun knapt kan huske at jeg noen sinne gråt som barn. Pappa sa en gang at om jeg bare hadde vært flinkere til å rydde rommet mitt, hadde jeg vært perfekt. Noen ganger påpekte jeg hvor upedagogisk det var å legge så stor vekt på prestasjonene mine, og at han ikke trengte å kommentere en ny kvise i ansiktet mitt, siden jeg var veldig klar over det selv at den var der. Da sa pappa alltid at jeg var fin akkurat som jeg var, at det ikke var det han mente, og at det ikke spilte noen rolle, men det var allikevel lett å gjennomskue at utseendet mitt og fremgangen min var viktig for ham. (Åkerman, s. 10, 2019)

DET FALSKE SELVET

Beskrivelsen Sofia gir av sin tidlige selvstendighet, kan minne om Winnicotts teori om det falske selvet (Abram, 2007). Det falske selvet finnes i mange graderinger. Dets naturlige funksjon er å beskytte og skjule sårbare og private deler i oss selv. På sitt beste fungerer det som en sosial rolle som gir mulighet til nettopp å skjule det private selvet og velge hvem å være fortrolig med og ikke. Det problematiske oppstår når det falske selvet og de andre delene av personligheten splittes. Da blir individet dobbelt innestengt – både i sin ytrestyrte fasade, skapt som følge av andres forventninger, og i sitt private og sårbare selv, som er isolert og ikke kan deles med noen. Sofia lever i en slik splittelse og beskriver den i detalj:

Om karakterene, «... min verdi kunne måles i tallene – 5 er lik vellykket datter, 2 din idiot ... er du hjernedød heller» (Åkerman, s. 35, 2020).

Om ansvaret, «det jeg hadde vært så god til før ... passet på lillebror, gjort leksene, aldri skreket til mamma og pappa. Kanskje jeg allerede da hadde tatt en overdose? En overdose av ansvar» (Åkerman, s. 7, 2020).

Om fasaden, «... den steinharde masken av smil og gapskratt fremsto alltid trygg, sterk og sikker, men om natten – snoopy den runde myke maven mine tårer kunne forsvinne inn i» (Åkerman, s. 22, 2020).

Om å ikke vise følelser, «Hun trenger ingen, søker ikke trøst, tåler all smerte og gråter aldri» (Åkerman, s. 11, 2019).

Om å være usynlig, «... som liten jente vandret jeg rundt som et spøkelse, jeg hadde alltid klart meg selv, alle gikk derfor ut ifra at det var enkelt ...» (Åkerman, s. 35, 2020). Inni seg følte hun at hun manglet identitet, var usynlig og alltid redd.

Å BLI TATT BILDER AV

Jeg snakker ofte med en styrer i en barnehage. Hun forteller at den største endringen de siste ti årene er at foreldrene behandler barna som ukrenkelige prinser og prinsesser med spesielle behov. Fokuset på barnas individuelle behov har blitt viktigere enn å inngå i fellesskapet, og prestasjoner har blitt viktigere enn lek. Barnas lekeevne, sammen og alene, er svekket fordi de allerede har internalisert en rytme av kontinuerlige avbrudd. Etter kort tids lek stopper ofte barna opp og ser mot de voksne, kanskje for å bli tatt bilde av eller få kommentarer som «åhhh, så flink du er». Eller kanskje det motsatte – redselen for å gjøre noe galt, eller rett og slett en sterk trang til å finne i Paden.

Dette avbruddet er nettopp det Winnicott beskriver som kjernen i dannelsen av det falske selvet – et selv organisert rundt ytre forventninger og ikke egne, spontane utfoldende livsimpulser. I en gripende passasje beskriver Sofia det slik:

Jeg går sakte langs en vinduskarm, kledd i min fineste kjole. Tar opp et kritt, legger det fra meg igjen, et sammenbitt utseende. Kanskje jeg blir forstyrret av alle som løper rundt? Kanskje jeg er usikker på det nye? Men så ser jeg moren min. Ser hun filmer. Jeg brøt umiddelbart ut i et stort smil, hopper og danser som om jeg er glad. (Åkerman, s. 10, 2019)

Å bli filmet bringer Sofia på et sekund ut av de sårbare følelsene og opplevelsene hun befinner seg i. Tilbake til sitt tilsynelatende vitale falske selv som tilpasser seg morens forventninger, som også ligner de forventningene faren har uttrykt enda tydeligere med ord.

EN UNGDOM INNESPERRET I PSYKIATRIEN

Sofias vellykkede selv fungerte svært bra inntil hun først krasjlandet i puberteten og så i psykiatrien.

Jeg hadde vært flink til å være stor da jeg var liten. Nå forandret kroppen min seg, jeg ble virkelig stor, og frykten førte til et så sterkt og forbudt behov for å reversere det hele. Selvsulting er et opprør mot kroppens utvikling. Alt vokste seg større. Jeg ble også stadig mer engstelig for situasjonen jeg hadde satt meg selv i. Om bekymringen jeg forårsaket i familien og for å stjele fokus fra lillebroren min, og at jeg ikke orket å være hjemme fordi jeg følte meg så dårlig av skyldfølelsen min. (Åkerman, s. 30, 2019)

Hun beskriver her en vanlig følelse knyttet til fremveksten av spiseproblemer, spesielt hos jenter i puberteten. Spiseforstyrrelsen skapte stor skrekk i foreldrene, og det oppsto en dramatisk viljeskamp hjemme hos familien Åkerman. Moren og faren begynte å overvåke spisevanene hennes, og Sofia bygde opp et stort repertoar rundt det å lure dem.

Snart 15 år gammel dro hun sammen med faren til psykiatrimottaket, og kom ikke ut igjen før fire år senere. «Min identitet og mine foreldres bilde av meg gikk fullstendig i stykker, og jeg ble eksponert av overvåkende blikk, overlatt til å samle sammen bitene. Alt skulle rase sammen» (Åkerman, s. 11, 2019).

I boken *Zebra flickan* som hun skrev 19 år gammel, forteller hun om det dramatiske livet på innsiden av psykiatrien. I boken *Ärr för livet* 17 år senere er det som om hun ennå ikke er ferdig med det som skjedde:

Historien min har blitt analysert, snudd og vridd. Har det manglet noe i foreldrerollen? Har det vært seksuelle overgrep? I dag tenker jeg at for mange er ungdomstiden et av livets våtmarksområder, og at årsaken ikke trenger å søkes så langt utover det. Det som fikk krisen til å vokse til en kamp på liv og død, var ikke først og fremst foreldrene mine eller noe misbruk i barndommen. For jeg vet med sikkerhet at ingenting i livet så langt har såret meg så mye som psykiatrien gjorde. (Åkerman, s. 17, 2019)

Sofia leter etter årsaker, og svaret hennes er at problemet var et samfunn, foreldre og mest av alt en psykiatri som ikke forsto ungdomsfasen. Hun ble møtt med diagnoser og medisinerer fremfor forståelse av ungdomsfasens særskilte atskillelsesdrama (Holt & Løkke, 2023). Hun ble avkrevd svar og fortolket, hvorfor hun skadet

seg selv eller ikke ville spise, før hun selv rakk å vise hvem hun var. Hun skriver at legen allerede i den første samtalen nesten holdt nøkkelen, men at den like raskt glapp ut av hånden: «Jeg skjønner at Sofia var en velfungerende jente helt til hun ble syk i høst. Blid og utadvendt med mange venner. Ambisiøs. Aktiv. Ikke en atferdsforstyrrelse eller problem med impulsivitet eller aggresjon, men snarere en veldig veltilpasset jente.» (Åkerman, s. 9, 2019)

Konklusjonen ble allikevel: «Hvis ikke Rispedal fungerer, vil kanskje litium gjøre det?» (Åkerman, s. 9, 2019)

Og så ble alt bare verre og verre. «Jeg levde i en hverdag av blodspor langs sykehuskorridorer, av ambulanser og politi, av voldtatte, apatiske, suicidale, sultende og angstplagede barn og ungdommer» (Åkerman, s. 55, 2019).

Sofia Åkerman fikk alle mulige medisiner og diagnoser i løpet av disse årene. Jeg skal ikke dvele så mye ved det surrealistiske og smertefulle livet på innsiden av psykiatrien som hun så levende beskriver. Men jeg skal kort nevne noen interessante betraktninger hun har.

MOTET TIL Å SLIPPE KONTROLLEN

Sofia skriver at hennes falske selv, styrt av ytre forventninger, fungerer på avdelingene. Hun forstår raskt at det er de dårligste som får mest oppmerksomhet. Hun vil derfor også være best til å være dårlig. På samme måte som sosiologene beskriver at å komme i fengsel fører til en opplæring i kriminalitet for mange unge, viser Sofia Åkerman oss at det å bli innlagt i psykiatrien være en opplæring i å forsterke sine symptomer.

Slik TikTok og sosiale medier i dag har blitt en opplæringsfabrikk i selvdiagnostisering.

Men Sofia beskriver også at det vekkes en annen kraft i henne, som hun kaller den sunne ungdomsrevolten. I perioden hun skal frigjøre seg fra foreldrene, er hun innesperret og omringet av det hun omtaler som en subtil makt. Alt hun gjør og sier, blir tolket og diagnostisert av noen som vet bedre enn henne selv. I boken *Den sårade divan* (2015) presenterer idehistorikeren Karin Johannisson kunstnerne Agnes Von Krusenstjerna, Sigrid Hjerten og Nelly Sachs, som alle fikk psykiatriske diagnoser og ble innlagt i voksen alder. Johannisson bruker begrepet «radikal subjektivitet» for å peke på kvinnes mangfoldige register av fornuft, drømmer, opprør, skapertrang, sårbarhet og



Hun vil derfor også være best til å være dårlig





I dette kravløse rommet våget hun å legge ned forsvaret sitt

seksualitet, som lever parallelt og sammenblandet med galskapen og de trange diagnosene de ble plassert inn i. Sofia Åkermans beskrivelser av livet sitt innenfor institusjonene passer godt inn i dette trekløveret. Sofia er viljesterk og har stor tilgang på sunt opprørsk raseri og kreativitet, som kunne drive behandlerne hennes til vanvidd.

Sofia fikk ikke hjelp av psykiatrien. Den nådde aldri inn til henne. Men hva var det som hjalp? Hun forteller som mange andre at det var møtet med enkeltmennesker, det hun kaller gullmenneskene, som så hvem hun var bak de diagnostiske sjablongene. De var unntakene som skapte etterlengtede pusterom – ergoterapeuten med sine kreative materialer og spontane latter, miljøterapeuten som ga henne en bok og skrev små lapper til henne. Det var også en psykolog som hun i en periode reiste til i helgene, til en øy. Beskrivelsene av møtene deres kan minne om et lite barns samvær med en mor som er fylt av omsorg, har tid og lever i rolige rytmer. På kveldene leste de høyt fra Mummibøkene og lo av stakkars lille My. På øya var det eventyrskog, magi, natur, blåbær og varme. Alt som manglet på institusjonene.

Men det viktigste, og det som Sofia gir æren for at hun gradvis ble frisk, var møtet med teatergruppen. Her ble hun spontant mottatt som om hun var en av dem. Hun ble møtt med latter, sang, lek og følelsen av et ekte fellesskap. Hun kjente seg ikke lenger usynlig og verdiløs, og våget å fortelle om seg selv. Og svaret hun fikk fra en i gruppen, var: «Jeg vet ikke hvordan det er med dere andre, men jeg bare føler at ja, jeg elsker deg, Sofia.» I samme øyeblikk, hun kaller det selv en eksplosjon, følte hun kjærlighet og begynte å miste kontrollen over den steinharde masken. For første gang siden hun var barn, var hun i ferd med å slippe noen inn. Det kom selvfølgelig også voldsomme tilbakefall og en intens kamp mellom å åpne og lukke seg, mellom varmen og klemmene, barberbladet og pillene. Men hun hadde åpnet opp, og noen hadde trengt inn til henne. Hun var på vei til å bli frisk igjen.

SOFIAS VEI

Sofia retter raseriet sitt mot psykiatriens biomedisinske tilnærming, og det med god grunn. Hennes systemkritikk av tvang, medisiner og fremmedgjort språk er verdt å fordype seg i. Men splittelsen mellom det falske selvet og de andre delene i henne oppsto lenge før hun møtte psykiatrien. Hun lever i et oppvekstmiljø hvor ytre forventninger og krav om tidlig selvstendighet dominerer. Identiteten har oppstått, utviklet seg og blitt opprettholdt under påvirkning av andres forventninger, og organisert rundt en selvkritisk instans som hun kalte «Lucifer». Det vi kan kalle den lille jenta i Sofia, med spontane impulser, følsomhet, lengsler og raseri, blir isolert.

Men Sofias historie er også en fortelling om at hun klarer å bryte ut av sitt falske selv. Sofias kamp mot psykiatrien, Lucifer, og deltagelse i teatergruppen gjorde henne fri. I møte med psykiatriens rigiditet vokste det til slutt frem en sunn protest, kreativitet og et mot til å åpne seg i teatergruppen, som igjen førte til at hun begynte å oppdage hvem hun selv var. Teatergruppen var preget av frihet, lek, glede og spontanitet, i motsetning til andre grupper hun hadde vært med i, som var mer preget av konkurranse, sammenligning og utrygghet.

I dette kravløse rommet våget hun å legge ned forsvaret sitt og slippe de ekte følelsene frem. Hun våget å la sine sårbare deler komme i berøring med andre ungdommer. Med vakkende skritt begynte hun å finne

og uttrykke den hun var – den kreative, åpne, kjærlige, kraftfulle og egentlig ganske sunne Sofia.

ER SOFIAS VEI MULIG I DAG?

Sofia fant veien hjem til seg selv. Men er denne veien vanskeligere å finne i dag? Det kan virke som det å frigjøre seg fra selvhat er blitt mer utfordrende nå, bare 20 år senere. Det indikerer psykologen Joachim Meier og sosiologen Klaus Nielsen (2023), som hevder at dagens ungdom blir utsatt for to sett med krav samtidig som de kaller hard og myk sosialisering. De lider derfor under en ny fremmedgjøring. Ungdommen i dag vokser for det første opp i et samfunn med et besettende fokus på det ytre: kropp, prestasjoner, utseende og atferd bekreftes, måles og fikseres i bilder, film, tall, likes og karakterer. De hører at de må arbeide hardt og bli den beste versjonen av seg selv for å hevde seg i livets konkurranse (hard individualisering). For det andre vokser de opp i en verden der voksne hele tiden proklamerer: Du er fin akkurat som du er, disse målene betyr jo ingen ting, vi er alltid glad i deg, du kan gjøre som du vil. Vi støtter deg uansett. Det er plass til alle (myk individualisering). Disse kravene kommer også ofte i konflikt med hverandre eller oppleves som et dobbelt sett med forventninger.

I den danske boken *Ny udsathed i ungdomslivet* (Gørlich et al., 2019), skrevet av ulike ungdomsforskere, oppsummerer Naomi Katznelson bokens elleve kapitler på denne måten:

... samlet sett tegner boken da også et meget tydelig bilde på at krav og forventninger til å lykkes og prestere er skjerpet på alle livsarenaer hvor ungdommen utfolder seg, og på både strukturelle, institusjonelle og kulturelle nivå. Det vil si i utdannelsessystemet, på arbeidsmarkedet, i fritiden, i relasjonene og i forhold til kroppen. (s. 248, min overs.)

Hun beskriver hvordan kravene fra den harde individualiseringen invaderer ungdommen på alle områder i livet. La meg utdype dette med Sofia. Hun var i utgangspunktet styrt av hard individualisering og behandlet med hard og instrumentell psykiatri i form av medisiner, diagnoser og også tvangstiltak. Som motsats til dette skriver hun at det var den myke individualiseringen som reddet henne: teatergruppen, ergoterapeuten med sitt kreative rom og

den omsorgsfulle eventyrverdenen med psykologen på en øy. Her kom hun i kontakt med en kravløs verden hvor hun i en omsorgsfull og lekende atmosfære kunne bearbeide smerten sin og våge å uttrykke seg selv. Dette kan minne om den klassiske modernitetens formel for individualisjon. Denne er preget av en forestilling om at mennesket vil finne sin «sanne essens» når det gjennom myk individualisering våger å fri seg fra de strengt kulturelt påførte indre og ytre restriksjonene.

Å gå denne veien mot frigjøring har blitt vanskeligere for ungdommen, skriver Nielsen og Meyer, fordi området for myk individualisering også invaderes med nye forestillinger, forventninger og krav – ikke minst fra fagfeltet psykologi. Dagens diagnose på ungdommen er gjerne at de lider av hard individualisering. Derfor er svarene psykologien gir til ungdom som sliter, enten at de skal eksponere seg for og ikke flykte unna den harde individualiseringen, eller at de skal lære seg myk individualisering.

Psykologien kan dermed bidra til å sperre de unge inn i et totalt selvovervåket rom hvor de i alle retninger er omringet av nye krav, selv i de rom som tidligere var kravløse. Når det psykologiske hjelpeapparatet blir gjørende, psyko-educativt og tilbyr effektiv symptomlindring, glir det sømløst inn i alle de andre tendensene som lukker de åpne rommene som ungdommen skal bli seg selv i.

Når Helsesista ønsker de unge et godt nytt år for 2024, er hun et talende eksempel på hvordan dagens psyk-språk koloniserer den myke individualiseringen (Engvik, 2023). Her ser vi nye superego-imperativer som vær, gjør, husk og tør:

- Vær god mot deg selv og andre (det gir en god følelse).
- Gjør noe på fritiden som gjør deg glad, som du liker og får til (gjelder voksne også). Husk at du er god til noe selv om du ikke mestrer alt.
- Tør å være litt barnslig og leke litt.

HVEM ER LUCIFER?

Sofia leter ikke bare i de ytre årsakene, i samfunnet, psykiatrien, ungdomsfasen, foreldrene, men også i de indre. Hun forteller om en kritisk stemme, en selvhatende instans som hun kaller Lucifer, uten å drøfte denne mytologiske skikkelsens ulike betydninger.





... det er de unges trege utvikling og kraftfulle følelsesliv samfunnet ikke har plass til

Det var min hatete og elskede Lucifer som fikk meg til å gjøre det. Det var han som drepte meg, ikke en sykdom. (Åkerman, s. 27, 2020)

Ja, som jeg lengter etter å la noen passe på meg ... Og Mamma var den jeg lengtet mest etter av alle. Hun var min kjære Mamma. Men jeg greide ikke å slippe henne til ... Jeg ville beskytte henne mot sykdomsmonsterets spisse klør, selv om det gjorde at Lucifer klorte meg enda dypere. Jeg var blitt vant til at det var sånn, det hadde vært sånn i femten år. Å la henne holde rundt meg, kose med meg, trøste meg eller vugge meg i armene var helt utenkelig, og bare tanken fikk meg til å føle ubehag. (Åkerman, s. 2, 2020)

Lucifer forteller meg; du er dum feit, gal, stygg, dust, ekkel, egoistisk, idiotisk, dårlig, rar, feil. (Åkerman, s. 59, 2020)

Ja, hvem er Lucifer? Dette er et viktig spørsmål som jeg selv møter nesten hver dag i min praksis. Jeg vil hevde at det er den indre personifiseringen av sosialiseringen som begynner fra barnet er født. Det er den indre stemmen, samvittigheten som er eltet frem av kroppen, følelsene, fantasien og tankenes fortolking av hva det er mor og far, barnehave, skole og samfunn ønsker, tåler og tillater. Det er et forsøk på tilpasning, orden og kontroll. Lucifer er i oss alle, og i verste fall en svært selvhatende instans, en sabotør, indre kritiker og jeg-knuser.

Det er denne instansen som ifølge Winnicott splitter selvet, i en falsk del som lever i tråd med ytre forventninger, og som skiller ut og gjemmer de delene av selvet som ikke kan få plass. Lucifer er grensevokteren mellom det sosiale og det indre livet. Winnicott skriver at eksponering av for mye ytre styring før de unge har bygget opp en indre subjektiv og skapende kraft, kan oppleves som verre enn en voldtekt. Sofia kalte det overdose av ansvar.

Lucifer er i første omgang en beskyttelse av de emosjonelle sidene som foreldrene og samfunnet ikke gir plass til. I mer moralske og religiøse kulturer ble det syndige barnet fordømt. I dag kan det se ut som om det er de unges trege utvikling og kraftfulle følelsesliv samfunnet ikke har plass til, ved å presse dem til å bli tidlig voksne. Samfunnet har dermed ikke plass til de unges *essens*: nemlig at de, i motsetning til dyrene, er sårbare, hjelpeløse og uferdige til de er godt over 20 år. Langtidsperspektivet har forsvunnet på alle livsområder.

DET YTRE VERSUS DET INDRE

Hvis det er ytre forventninger som skaper selvkritikk, blir svaret gjerne at de unge skal lære seg ulike versjoner av selvmedfølelse, tenke andre tanker, eller bekrefte seg selv på positive måter. Dette er også noe som preger Helsesistas nyttårsønsker, svært mye av psyk-pedagogikken, psykisk helse i skolen og forebyggende tiltak. Satt på spissen: Foreldre, lærere, helsesøstre, psykologer og ikke minst nettet gir ungdommen de riktige løsningene og metodene for myk individualisering.

Problemet er at løsningene og metodene sjelden virker, i alle fall ikke for dem som virkelig trenger hjelp. Når Sofia beskriver kraften i Lucifer og kampen hun gjennomgikk for å våge å åpne seg, forstår vi også hvorfor det ikke hjelper med enkle bekreftelser. Lucifer er ikke et kognitivt system, men et kroppslig, emosjonelt system, som skaper fantasier, forårsaker angst og selvhat for hvert skritt Sofia tar. Lucifer er en indre kreasjon

som ikke lar seg korrigere når metodene blir for generelle, enkle, kognitive og instrumentelle.

Ungdommers selvkritiske instanser, eller Lucifer-skikkelser, kan se temmelig like ut fra utsiden. Samtidig er Sofias Lucifer satt sammen og vedlikeholdt av ytre og indre elementer spesifikt for akkurat henne. Mange generelle metoder myntet på ungdom flest, når derfor ikke inn til Sofia, på den måten teatergruppen nådde inn på. Inn til det stedet der virkelig frigjøring kan skje. For Sofia var det ikke nye, smarte tilpasninger, men motet til å våge å ha ekte kontakt, vise sin sårbarhet og etablere nære relasjoner som åpnet dørene til en forandringsprosess.

REGULERE ELLER SLIPPE LØS?

Det er paradoksalt at vårt hjelpesystem rigges mer og mer i en retning som ikke tillater at Sofia og hennes selvkritiske likesinnede får gjennomgått de dramatiske prosessene som er nødvendig for at de skal finne veien hjem til seg selv. Samfunnet har mindre plass til ungdommens komplekse, kraftfulle og emosjonelle prosesser. Ungdommen selv fortolker dette som om samfunnet, institusjonene og foreldrene ikke lenger tåler å bære tankene og følelsene deres.

Sofia sa at den mest skremmende erfaringen i psykiatrien var å oppleve at behandlerne var hjelpeløse overfor hennes utageringer. Er det populære reguleringsbegrepet i psykologien et uttrykk for det samme? Enkelt sagt: Lucifer er

en indre kontrollør og regulator som hater sårbare følelser og relasjonelle behov. Når Lucifer herjer, oppstår indre, uutholdelige spenninger som ungdommen utagerer eller innagerer gjennom forskjellige symptomer. Det er på dette ut- og innagerings-nivået samfunnet intervensjonerer i dag, ofte ved å hjelpe ungdommen til såkalt å regulere. Dette kan selvsagt for noen skape et roligere farvann, men min erfaring er at intervensjonene for ofte skjer i feil etasje. Hvis Lucifer nådeløst regulerer ungdommen i kjelleretasjen, når ikke samfunnets reguleringsmodeller i første etasje frem til de underliggende problemene.

Mitt inntrykk er at dagens ungdom generelt sett ikke trenger hjelp til å bli mer regulerte. De er heller altfor overregulerte. Jeg har vist at ungdommens rom til å eksperimentere, erfare og finne løsninger og metoder på egen hånd er invadert av samfunnets script om hard og myk sosialisering. Professoren i pedagogikk Nancy Lesko (2012) hevder at ungdommen møter en hardere virkelighet, og kaller invasjonen av krav og forventninger for en forgiftende komprimering av tid og rom. Mitt inntrykk er at reguleringsbegrepet står i fare for å bli en del av denne komprimeringen, hvis metoden ikke når frem til Lucifer. Da lærer ungdommen å regulere seg selv før de har blitt kjent med sine egne følelser og personlige kraft. De har heller behov for å *slippe* kontrollen og erfare omgivelser som tåler og overlever dem. ✕

REFERANSER

- Abram, J. (2007). *The Language of Winnicott: A Dictionary of Winnicott's use of words*. Karnac Books.
- Engvik, M. K. (2023, 31. desember). Til ungdommen (og foreldrene). *Dagsavisen*. <https://www.dagsavisen.no/nyheter/navn-i-nyhetene/2023/12/31/til-ungdommen-og-foreldrene/>
- Gørlich, A., Katznelson, N., Pless, M. & Graversen, L. (2019). *Ny udsathed i ungdomslivet*. Hans Reitzels Forlag.
- Holt, I. & Løkke, P.A. (2023). *En håndbok til ungdom med vanskelige foreldre*. Spartacus.
- Johannisson, K. (2015). *Den sårade divan*. Bonnier.
- Lesko, N. (2012). *Act your age! A cultural construction of adolescence*. Routledge.
- Meier, J. & Nielsen, K. (2023). Individualiserings janushoved – Unges liv mellom blød og hård individualisering. *Nordisk tidsskrift for ungdomsforskning*, 4(1), 1–15. <https://doi.org/10.18261/ntu.4.1.3>
- Åkerman, S. (2011). *Slutstation rättspsykiatri – om tvångsvårdade kvinnor som inte dömts för brott* (med Thérèse Eriksson). Natur & Kultur.
- Åkerman, S. (2019). *Ärr för livet* (e-bok). Natur & Kultur.
- Åkerman, S. (2020). *Sebrapiken* (S. Dietrichson, Overs.) (e-bok). Humanist forlag. (Opprinnelig utgitt 2004)

Ting å huske på før ferien kommer!

Har arbeidsgiver lov til å flytte ferien din? Og kan du velge å få økonomisk kompensasjon i stedet for å ta ferie? Det, og mye annet får du svar på her.



Van Pham, rådgiver/jurist
Foto: Psykologforeningen

Det er ennå litt tid igjen før fellesferien er her, men mange er nok allerede i planleggingsmodus, og noen har kanskje allerede bestilt billetter og overnatting for sommeren. Vi tenker at det i den forbindelse kan være greit med en kort innføring i hvilke rettigheter og plikter du har etter ferieloven.

Du har en plikt til å ta ut ferie

Det kan kanskje høres rart ut at det er en plikt knyttet til noe som er en lovfestet rett. Samtidig som arbeidsgiver

har plikt til å sørge for at du har ferie hvert år, har du en tilsvarende plikt til å ta ut denne ferien. Dette betyr at selv om arbeidsgiver mener det ikke er kapasitet nok til at du tar ut ferie, eller om du selv ikke ønsker fri, så er både du og arbeidsgiveren din pålagt å sørge for at du har ferie.

Som følge av dette er det også *ulovlig* å inngå avtaler om økonomisk kompensasjon mot at du som arbeidstaker ikke avvikler ferie. Ved siden av dette finnes det likevel noen unntak fra plikten du har til å ta ut ferie.

De vanligste unntakene er for arbeidstakere som ikke har full opp-tjening. Selv om alle har rett til full feriefritid hvert år, kan du motsette deg å ta ut ferie hvis feriepengene ikke strekker til for hele ferien. Hvis virksomheten du jobber i har sommerstengt kan du likevel pålegges ta ut ferie.

Også ved sykdom finnes det unntak. Hvis du blir syk før ferie, og dette varer inn i en allerede avtalt ferie, kan du kreve at ferien utsettes til senere på året. Dette gjelder også dersom du blir syk i ferien. I begge tilfeller må du kunne dokumentere sykdom med legeerklæring.

Dine rettigheter

Ferieloven har også bestemmelser som sier noe om når du har rett til å ta ut ferie. Du kan kreve tre uker ferie i perioden mellom 1. juni og 30. september, også kalt hovedferieperioden. Dette gjelder likevel ikke for deg som tiltrer stillingen etter 15. august i året ferien skal tas.

Dersom du har foreldrepermisjon med rett til foreldrepenger etter folketrygdloven i *hele* denne perioden, kan du motsette deg å avvikle hovedferien dette året.

For ansatte i offentlige virksomheter i stat, kommune eller helseforetak vil det ofte være en tariffavtale som gir én ekstra ferieuke i året, men det er også vanlig ved flere private arbeidsplasser at man gis mer ferietid enn lovens minstekrav. Man vil da ha krav på totalt fem uker ferie.

I ytterst få tilfeller kan det hende at arbeidsgiver ønsker å flytte på ferien din etter at den er fastsatt. Dette dreier seg om når det er «nødvendig på grunn av uforutsette hendinger». Kravet til nødvendighet i disse tilfellene er strengt, og knytter seg som regel til store driftsproblemer eller stans i driften ved ferieavvikling og manglende vikarer.

Avslutningsvis ønsker vi å nevne at det også er regler knyttet til blant annet ferie i oppsigelsestid. For selvstendig næringsdrivende er det viktig å huske på at du må spare opp midler til ferie selv. Ta gjerne kontakt med oss i jus- og arbeidslivsavdelingen om du har spørsmål om ferie og andre ting!



Likeverdige helsetjenester – også i distriktet

Også mennesker i distriktet trenger tilgjengelige og helhetlige tjenester som samhandler godt.



Hanne Indregard Lind, visepresident med ansvar for lønns- og arbeidslivspolitikken
Foto: Psykologforeningen

Alle har en helse, også de som er bosatt i distriktet. Dette reflekteres i at helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det. Dette skal være uavhengig av flere variabler, også bosted og økonomi. Ikke noen enkel oppgave i et langstrakt land med mye vær, men det er like fullt en viktig oppgave som reflekterer viktige verdier.

Helse Nords omstridte omstillingsplan er nå sendt ut på høring, og etter at akuttfunksjoner og fødetilbud er tatt ut av ligningen, er det psykisk helse-tilbudet og rehabiliteringstilbudet som foreslås omstilt. Forslagene innebærer en rekke endringer i døgntilbudet, og mange med psykiske lidelser som før har kunnet få innleggelse på sitt lokale DPS, vil måtte reise langt ved behov for stabilisering og behandling i en døgnkontekst. Endringsforslagene som ligger i planen som er ute på høring nå, vil kun løse om lag 7 prosent av omstillingsbehovet i Helse Nord, men vil påvirke tilbudet til mennesker med psykisk lidelse betydelig. Man foreslår nedlegging av flere lokale døgntilbud.

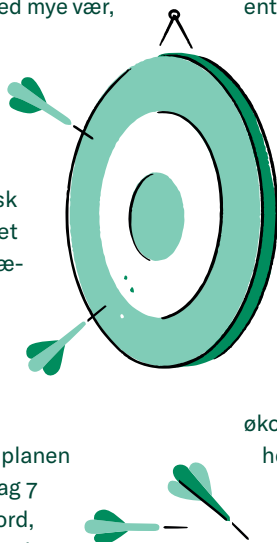
Alle har en psykisk helse, også de som er bosatt i distriktet. Helse Nords plan foreslår en styrking av sykehusfunksjonene i Bodø og Tromsø, og medlemmene våre der uttrykker at en styrking er sårt tiltrengt. Likevel er det veldig langt å reise til disse byene for mange med behov for døgninnleggelse. DPS-reformen ga en utvikling fra sykehus til lokalsamfunn, og hensikten var å utvikle helhetlige tjenester som skulle henge sammen. Mennesker med psykisk lidelse har familie og nettverk

der de bor, og involveringen av disse kan være helt sentral i behandlingen. Samhandling med kommunehelsetjenesten likeså. Om man må reise med både bil, buss og fly for innleggelse, vanskeliggjøres dette. Det er en bekymring at den lange reiseveien vil føre til at mange ikke lenger vil ønske innleggelse, selv om behovet er der. Det vil i så fall medføre en risiko for forverring og etter hvert økt tvangsbruk.

Dreiningen fra sentralsykehus til satsing på distrikt var en grundig prosess som var faglig fundert. Når man nå peker i retning av en mer sentralisert tjeneste, er det grunn til å tenke seg nøye om, og til å lytte godt til lokalbefolkning og fagfolkene i de ulike tjenestene.

De faglige intensjonene i DPS-reformen om tilgjengelige tjenester som samhandler godt rundt pasienten må ivaretas, og Psykologforeningen skal selvsagt levere høringssvar til de foreslåtte endringene. Situasjonen i Helse Nord er vanskelig og sammensatt, og det er mange faktorer som bør kikkes på, før man tar beslutninger. Helse Nords høye investeringsnivå, inntektsfordelingsmodellen som ikke hensyntar nåværende behov for innleiepersonell, samt behovet for bedre strategier for å rekruttere og stabilisere personell i tjenesten, er eksempler på slike.

En annen ting som påvirker kapasitet og økonomi betydelig, som er spesifikt for psykisk helsefeltet, er at antall som er dømt til behandling har økt svært mye de siste årene. Disse må tas imot av helsetjenestene, og svært mange liggedøgn er knyttet til dette. Det er viktig at mennesker som er dømt til behandling, får behandling. Økningen påvirker imidlertid kapasiteten i tjenesten, gir en dreining i hvem som får tilbud og ikke, og endrer betingelsene de ansatte jobber under. Den endrede praksisen på justifisert bidrar sterkt til at det er behov for styrking av sykehusfunksjonene innen psykisk helsevern. Endring er nødvendig, men all endring må skje med utgangspunkt i pasientens beste og i tråd med prinsippet om likeverdige helsetjenester.



*Sidene merket
Medlemsnytt er
produsert av
Psykologforeningen
og er redaksjonelt
uavhengig fra
Psykologtidsskriftet.*

NYTT MORALSEMINAR 15.–21. september 2024

ALMAGROFORENINGEN KOMMER MED NYTT SEMINAR I MORAL DE CALATRAVA, SPANIA:

TEMA: BEHANDLING OG RELASJON

Foredragsholdere: Psykiater Terje Neraal, psykolog og PhD Doris Brothers, psykologspesialister Jon Sletvold, Hans Peter Broch, Geirmunn Sletten, Udesh Anda, Tor Sletten, og psykolog Alexandra Tenebroso.

Påmelding: Skjer ved innbetaling av seminaravgift på kr 7 500,- til Almagroforeningen, konto 50820697348 og ved å melde om påmeldingen til almagroforeningen@gmail.com. **Tidsfrist: 1. mai.**

Flyreise og hotellkostnad er ekskludert fra seminaravgiften, men foreningen booker hotell til deltagere.

Seminaravgiften dekker utover selve seminaret følgende: buss tur-retur Madrid–Moral, enkel middag med vinsmaking fire dager, utflukt med servering av gachas og middag (caldereta) fredag 20. september.

Seminaret er godkjent som vedlikeholdskurs for spesialitetene med 35 timer.

Ytterlige informasjon: almagroforeningen.no og tlf. 0034 635157267.

**12 dagers
treningsprogram
Acceptance and
Commitment Therapy (ACT)**



Kursholdere: Psykologspesialistene Asle Thude Elen & Thorvald Andersen.

Vil du bruke 12 dager på å vokse faglig og personlig, opparbeide deg god kjennskap til ACT, samtidig som du trener opp et bredt repertoar av ACT intervensjoner?

Vi tilbyr et omfattende program med nok dybdetretning til å anvende ACT i din kliniske praksis. Kurset er godkjent som 72 timers vedlikehold av spesialiteten i psykologi.

Frist påmelding: 8. mai 2024

Sted: Tønsberg. Tollboden, Nedre Langgate 38.

Dato: 22 – 24 mai 2024. 28 – 30 august 2024. 20 – 22 november 2024. 15 – 17 januar 2025.

Pris: 32.000 Kr. inkl. lunsj, kaffe og frukt.

Hjemmeside: www.bedreterapeuter.no

Kontakt: kontekstuell@gmail.com

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **2. mai**,
frist for å bestille annonse til mai-
utgaven er **17. april**

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

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



Institutt for
psykoterapi

Institutt for Psykoterapi

For psykologar og legar blir det hausten 2024 sett i gang:

2-ÅRIG INNFØRINGSSEMINAR I:

TROMSØ – seminarleiar blir Espen Håland

2-ÅRIG INNFØRINGSSEMINAR I:

OSLO – seminarleiar blir Ingeborg Aarseth

2-ÅRIG INNFØRINGSSEMINAR I:

SKIEN – seminarleiar blir Tone Skjerven

2-ÅRIG VIDAREGÅANDE SEMINAR I:

OSLO – seminarleiar blir Olaf Rørsgaard

2-ÅRIG VIDAREGÅANDE SEMINAR I:

STAVANGER – seminarleiar ikkje avklart

Innføringsseminaret gjev ei generell innføring i psykoanalytisk og psykodynamisk teori, intervjuteknikk, evaluering og terapi. Som ledd i utdanninga blir det kravd at kandidatane i heile seminarperioden arbeider med psykoterapi med enkeltpasientar (vaksne) under kvalifisert vegleiing (definert og godkjent av IPSY). Det er ønskeleg med minimum to års klinisk praksis frå psykisk helsevern før opptak.

- Innføringsseminaret omfattar 196 undervisningstimar over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimar kvar gong og to spesialseminar/fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimar. Desse blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- Dagseminar føregår på faste vekedagar, 11 pr. år og spesialseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

Vidaregåande seminar bygge på innføringsseminaret og gjev ei teoretisk fordjuping med større vekt på det kliniske arbeidet. Ved sidan av dei ovanfor nemnde rammene for innføringsseminar skal kandidaten gå i ikkje-trygdefinansert lærebehandling godkjent av instituttet. Det er ønskeleg at lærebehandlinga er starta før igangsetting av vidaregåande seminar. For opptak på vidaregåande seminar er det nødvendig med anbefaling i vegleiingsattest frå innføringsseminaret.

- Vidaregåande seminar omfattar 196 undervisningstimer over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimar kvar gong og to spesialseminar/ fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimar som blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- Dagseminar føregår vanlegvis på faste vekedagar, 11 pr. år og spesialseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

Det blir kravd gode kunnskapar i norsk munnleg og skriftleg. Faglitteraturen er i hovudsak på engelsk. Vi oppfordrar søkarar til å sette seg godt inn i utdanninga sine rammer. Fullstendig informasjon om utdanninga sitt innhald finns på Instituttet si heimeside www.instpsyk.no. Der finn ein også søknadsskjema.

Les undervisningsplanen her: <http://www.instpsyk.no/utdanning/undervisningsplan-for-kandidat-utdanningen-gjeldende-fom-seminarer-som-starter-i-2017/>

Seminaravgift er kr 13 000,- pr. semester.

Søknadsfrist: 15. mai 2024. Søknad skal sendast via heimesida <https://instpsyk.no/utdanning/nye-seminarer/soknad-til-seminar/>

For nærmare informasjon: telefon 22 58 17 70 eller e-post sekr@instpsyk.no eller und-leder@instpsyk.no



Psyk meg opp i ledelse!

Norsk psykologforening viderefører tilbudet til psykologer med lederansvar innenfor helseforetakene. Vi inviterer nå til **kull 21** med første samling 20. og 21. november 2024.

Det er og vil være et stort behov for gode ledere innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi trenger ledere som har selvinnstikt og er trygge på egen lederkompetanse. Slike ledere er tydelige og rause og baserer sitt lederskap på tillit, involvering og dialog. I tillegg kjenner og behersker de de mest sentrale lederverktøyene som brukes i helsetjenesten og har forståelse for økende krav til kunnskapsbasert praksis.

Kurset vil ledes av rådgiver Einar Li, tidligere fagsjef for lederutvikling i Helse Sør-Øst RHE, og seniorrådgiver / psykologspesialist Tove Mathiesen, Akershus universitetssykehus HF. Det blir invitert inspirerende forelesere fra helseforetakene i hele landet. Kursets arbeidsform forutsetter at deltakerne er til stede hele tiden på alle tre samlinger og overnatter på kurshotellet. Det blir gitt enkle hjemmeoppgaver i periodene mellom samlingene.

Kurset består av tre samlinger på Quality Hotel Leangkollen i Asker.

20. og 21. november 2024

15. og 16. januar 2025

13. og 14. mars 2025

Kurset er et tilbud til psykologer i alle fire helseregioner med lederansvar på ulike nivåer. Det vil også være aktuelt for psykologer med noe ledererfaring som ønsker å vurdere en videre lederkarriere i helseforetakene. Deltakere med økonomi- og personalansvar vil bli prioritert.

Medlemmer i Norsk psykologforening betaler kun reise og opphold. Ikke-medlemmer betaler en kursavgift på kr 15 000,-. Psykologforeningen har holdt av rom på hotellet for en natt på hver samling. Mer informasjon kommer til de som får plass på dette kullet.

Kurset er arbeidsintensivt og gir anledning til å trene på å gjennomføre konkrete tiltak i deltakernes egen lederhverdag. Dette blir av deltakerne på tidligere kull fremhevet som en av de store styrkene ved seminaret, som har fått meget gode tilbakemeldinger.

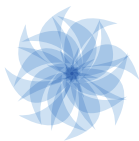
Spørsmål om kurset kan rettes til:

Tove Mathiesen, tlf. 922 50 986, e-post tovema28@me.com

Einar Li, tlf. 916 37 495, e-post li.ledelse@gmail.com

Søknad om deltakelse, som må være anbefalt av overordnet, **sendes innen 20. juni 2024** til

Tove Mathiesen på e-post tovema28@me.com

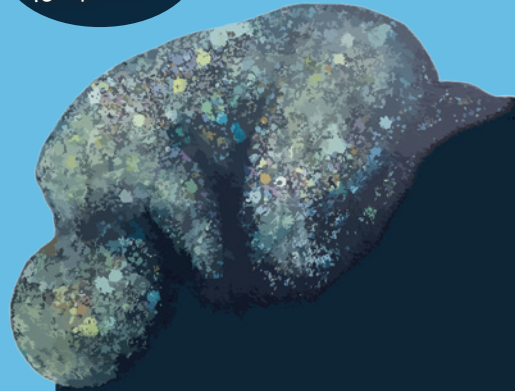


Norsk psykologforening – Fagpolitisk avdeling
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30

Velkommen til Schizofrenidagene 2024

ON THE EDGE

HUSK:
Earlybirdfrist
15. april 2024



LISA FELDMAN BARRETT
THOMAS JOINER
JOEL PARIS
JESSICA YAKELEY
CAROLINE LOGAN
TOR WENNERBERG
FREDRIK WALBY
OTTAR NESS

GRY STÅLSETT
ATLE AUSTAD
ELLEN UGELSTAD
KEVIN DOUGLAS
ZEMIR POPOVAC
JO STRØMGREN KOMPANI
OG MANGE, MANGE FLERE

www.schizofrenidagene.no



ON THE EDGE



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

FPP-seminar

19.–21. september 2024. Hotel Natura, Reykjavik, Island

19.–20. september

Dagsaktuelle perspektiver på terapeutisk kompetanse

- Når terapeuten og terapeutkompetansen utfordres
 - Stagnasjon og agering
 - Nærhet og grenser
- Private teorier og konvergens
- «Deliberate practice»
- Kompetanseforskning nå og fremover

v/**Hanne Strømme og Kristin Østlie**

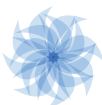
21. september

Norsk psykologforening

Informasjon fra Jus- og arbeidslivsavdelingen

Seminarer starter torsdag 19. september kl. 09.00 og avsluttes lørdag 21. september kl. 12.00. Seminaravgiften blir sterkt subsidiert fra Norsk psykologforening sitt Fond til videre- og etterutdanning. Påmelding **1. mai–31. mai**.

FPP er en forening for psykologer i privat praksis – heltid eller deltid – med og uten driftstilskudd. Deltakelse på seminaret krever medlemskap i foreningen.



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

Helse Sør-Øst RHF



Ledige avtalehjemler i psykologi

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

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



PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

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

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

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2024

SPELPLASSERING:

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. Nettannonserne 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
5	17.04	02.05
6	15.05	03.06
7	14.06	01.07
8	18.07	01.08
9	16.08	02.09

ANNONSEFORMATER

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

**NORSK
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President**

Håkon Kongrud 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

Andreas Vindenes
studentrepresentant
917 02 956
andreas.vindenes@gmail.
com

Varmedlemmer

Alf Martin Eriksen (1. vara)
909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

**Sebastian Gulbrandsen
(2. vara)**
926 93 702
sebastian.gulbrandsen@
gmail.com

Kristin Haugholt (3. vara)
951 72 032
kristinhaugholt@
hotmail.com

**Jørgen Edvin Westgren
(4. vara)**
911 16 616
joergenwestgren@gmail.com

**Kristin Lothe Nordbø
(1. vara student-
representant)**
476 54 401
kristinnordb@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
Asiyah Michelle Farooqui
michelle.farooqui@
gmail.com
971 26 394

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 Lindøe
libi@siv.no
473 83 123

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

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,
evakarinfoevaas@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,
ja@psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Kim Edgar Karlsen, fagsjef,
kim@psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Bjørnhild Stokvik,
utdanningsjef, 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

- 222 **Pilotprosjekt om pasientprofiler - et verktøy for klinisk erfaringsdeling**
Evidensbasert praksis | Aanderaa et al.
- 231 **Kurs for bedre selvfølelse**
Fra praksis | Sönmez et al.
- 238 **Kartlegging av foreldrestil**
Ny vitenskapelig artikkel | Fallmyr et al.
- 239 **Politistudenters kunnskap om vitne-faktorer**
Ny vitenskapelig artikkel | Pedersen et al.
- 240 **Forlenget sorglidelse - overveielser fra dansk praksis**
Fagessay | Bergsmark og Ramsing
- 246 **Grenseoverskridende behandlere - meg, deg eller overgripere?**
Etikkpanelet | Pål Kristian Molin
- 250 **MENINGER**
Debatt: Kunnskap er ikke nevrobabbel (s. 250)
Meningsløst helsebyråkrati må fjernes (s. 258)
Kronikk: Validering på avveie | Zemir Popovac (s. 254)
- 261 **Nøytralitet er en illusjon**
Nye stemmer | Helén Ingrid Andreassen
- 264 **INNTRYKK**
Anmeldelser: Et forsvar for flokken (s. 264)
Bredt og oppdatert om spill (s. 266)
Bokessay: Den tidlige selvstendighetens omkostninger | Per Are Løkke (s. 269)
- 278 **Annonser**
- 282 **Stillingsannonser**