

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOL OGI

Vol. 61 nr. 07 2024

Et alternativ til diagnoser

*Evidensbasert praksis
Forskningsintervju*

ELDRE INN I VARMEN

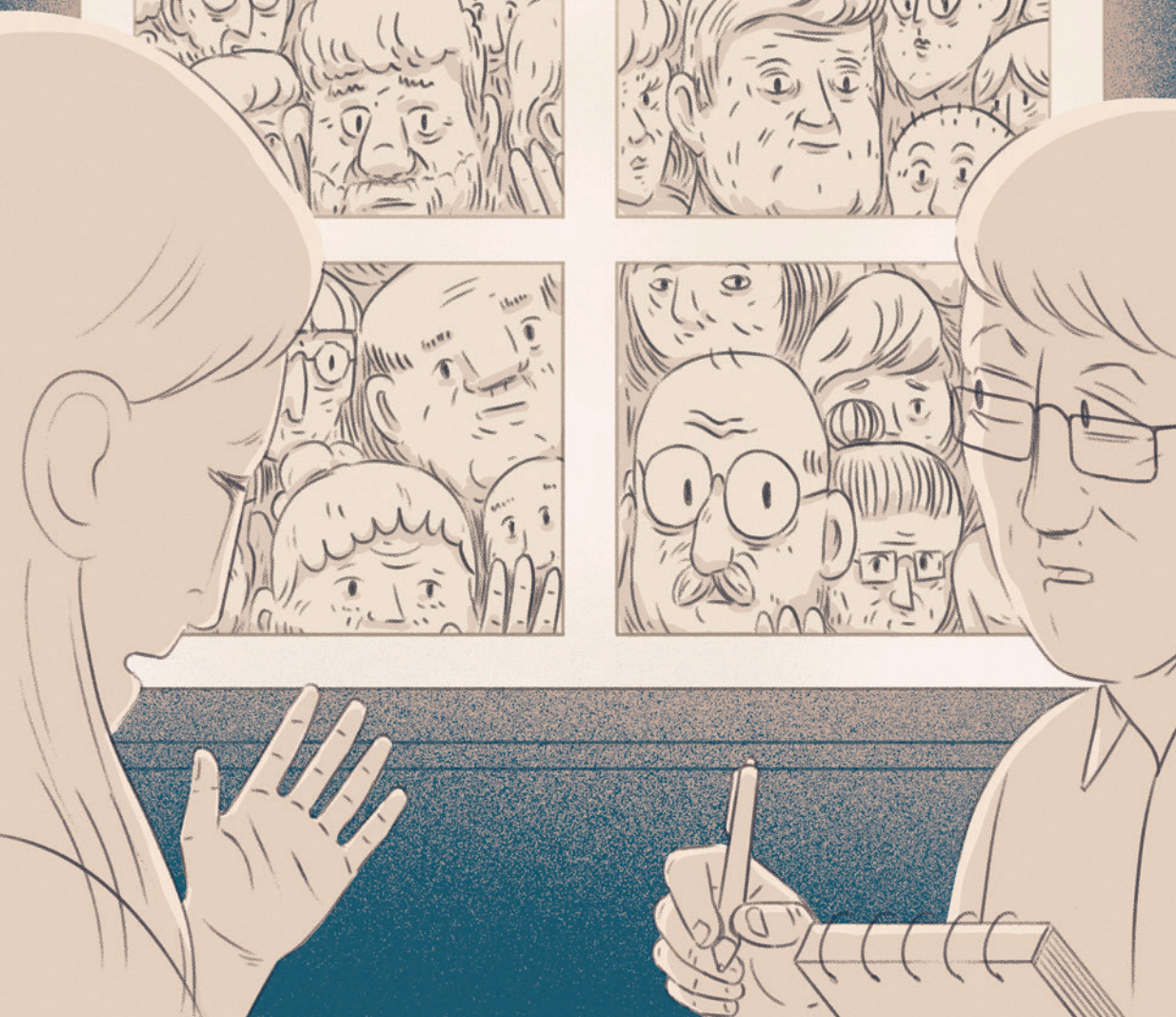
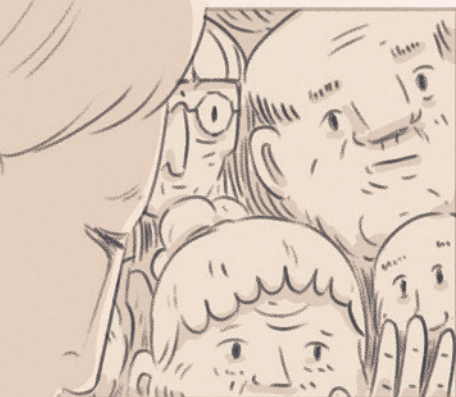
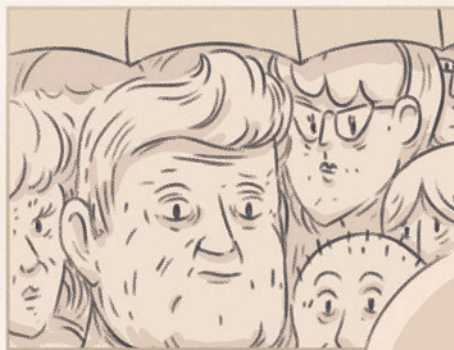
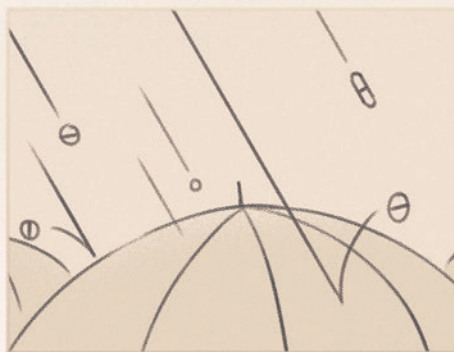
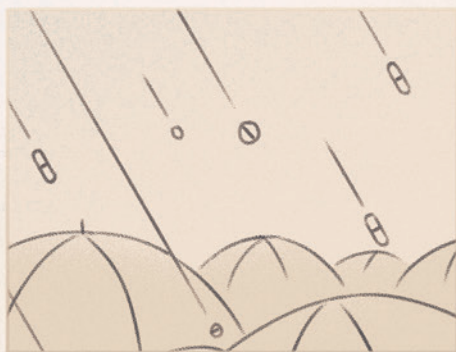
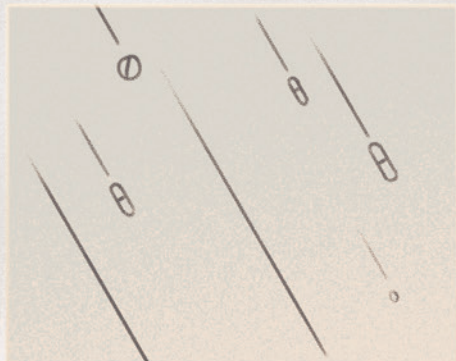
*Nye stemmer
Elisabeth Evje*

Frustrasjon gir vekst

*Fagessay
Zemir Popovac*

Ufrivillig skolefravær

*Kronikk
Andrine Bruland*



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 18.07, 16.08, 17.09

Denne utgaven ble godkjent til trykk 20.06.2024

Omslagsillustrasjon Audun Gjerdi **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

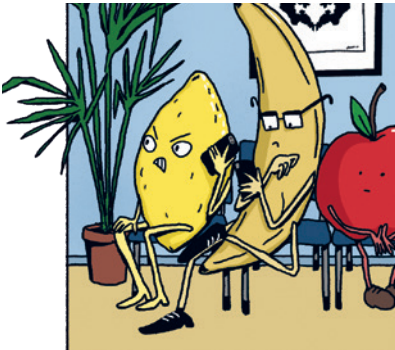
© Tidsskrift for Norsk psykologforening

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.



ILLUSTRASJON: ANDREA FERKINGSTAD

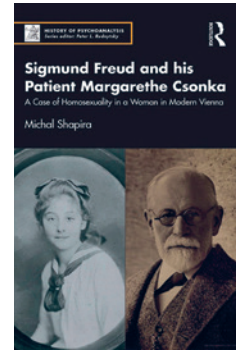


Når pasienter faller utenfor etablerte behandlingsopplegg, må vi tenke bredt og nytt om psykoterapi, skriver Rolf Sundet. Fagessay, Side 440

ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK



Heteronormen står fortsatt sterkt og det er belastende å bryte den. Anbjørg Ohnstad om psykologer og LHBT+. Etikkpanelet, Side 464



– En intenst fascinerende bok for alle som er interessert i psykologihistorien, mener anmelder Kim Larsen. Bokessay, Side 483

Innhold

- 430 **Norsk forening for kognitiv terapi rundet 30**
Aktuelt
- 432 **Radikalt åpen dialektisk atferdsterapi for ungdom**
Fra praksis | Hermansen og Skaar
- 440 **Hva psykoterapi er, og hva det kan bli**
Fagessay | Rolf Sundet
- 445 **Frustrasjon som betingelse for vekst**
Fagessay | Zemir Popovac
- 451 **Vil erstatte diagnoser og den medisinske modellen**
Forskningsintervju | Nora Skjerdingsstad
- 454 **Et alternativ til diagnoser for psykiske lidelser: Makt-trussel-mening-rammeverket**
Evidensbasert praksis | Holter et al.
- 464 **Selvlysende eller usynlig - å navigere som LHBT+**
Etikkpanelet | Anbjørg Ohnstad
- 467 **Development and validation of the 12-item Video Consultation self-efficacy scale**
Ny vitenskapelig artikkel | Baluszek et al.
- 468 **MENINGER**
Debatt: Helsetjenestene må ikke gi opp (s. 468), Mange stråmenn, men lite fintenkning (s. 470)
Kronikk: En multisystemisk tilnærming til ufrivillig skolefravær (s. 472)
- 476 **Eldre er voksne**
Nye stemmer | Elisabeth Evje
- 480 **INNTRYKK**
Anmeldelser: Tørr håndbok om usunn alkoholbruk blant eldre (s. 480)
Bokessay: Freuds ukjente pasient (s. 483)
- 493 **Annonser**
- 497 **Stillingsannonser**



30 ÅR På Litteraturhuset i Oslo ble 30-årsjubileet feiret med panelsamtaler og innlegg.

Norsk forening for kognitiv terapi rundet 30

Fredag 14. juni markerte Norsk forening for kognitiv terapi (NFKT) sitt 30-årsjubileum med en konferanse på Litteraturhuset.

FOTO Anine Finnerud

Konferansen, som var en gave fra NFKT til sine medlemmer, hadde 200 påmeldte deltakere. Flere var det dessverre ikke plass til. På programmet stod et tilbakeblikk på foreningens historie, kognitiv atferdsterapi (KAT) sin status i dag, samt en kikk inn i krystallkulen.

NFKT ble stiftet i Trondheim 3. mai 1994 etter initiativ fra Tore C. Stiles og Hans Nordahl. Etter at leder Annelise Fredriksen hadde hilst velkommen og introdusert dagens konferansier, Klara Øverland, innledet de to konferansen med et blikk tilbake på den spede begynnelse.

Den omfattet både utviklingen av utdanningsprogrammer og opprettelsen av et eget tidsskrift. Siden den gang har NFKT vokst seg til en stor forening, og er i dag en ideell medlemsforening og et utdanningsinstitutt. Foreningen fokuserer på utdanning, kunnskapsdeling, forskning og fagutvikling innen KAT i Norge.

Kristin Martinsen snakket om status og utvikling av kognitiv atferdsterapi i behandlingen av barn og unge, og ble etterfulgt av Toril Berge som tok for seg temaet arbeid og helse. Rask psykisk helsehjelp (RPH) har vært en satsing i Norge, og NFKT har hatt ansvar for både utdanning og veiledning. Marit M. Jacobsen har vært en sentral person her, og delte de erfaringene som er gjort innen RPH så langt.

Etter lunsj holdt Jonas Carsten Jeppesen et inspirerende innlegg om bruk av kognitiv atferdsterapi i allmennpraksis. Arne Repål ledet en paneldiskusjon om implementering av kognitiv atferdsterapi etter endt utdanning, og Jan Ivar Røssberg oppdaterte om det nåværende kunnskapsgrunnlaget.

Opp gjennom årene har KAT utviklet seg i ulike retninger, og Marit Grande ledet en rundbordsamtale om likheter og forskjeller mellom klassisk kognitiv terapi, metakognitiv terapi, ACT og skjematerapi. Brukerperspektivet ble ivaretatt av Knut Stubben, som i mange år har vært styremedlem i NFKT. Arne Repål og Marianne Aalberg ga en oversikt over hva som skjer med KAT på digitale plattformer.

Avslutningsvis prøvde leder Annelise Fredriksen og nestleder Jon Fauskanger Bjåstad å skue inn i fremtiden. Her var bruk av KAT på digitale plattformer også et sentralt tema, sammen med et håp om at forskning kan gi oss enda bedre behandlingsmetoder tilpasset den enkelte pasient. ✕

1994
2024
30
år

De første initiativtakerne til opprettelsen av NFKT var allerede i 1993 ute med et eget temanummer om kognitiv terapi i Tidsskrift for Norsk psykologforening (nr. 8).

I forordet leser vi at «Sett i forhold til både psykodynamisk orienterte terapier og atferdsterapier er kognitiv terapi fortsatt nokså liten hva gjelder utbredelse.» Resten er blitt historie. Du finner lenke til temanummet ved å skanne QR-koden:



FEIRING Flere bidro til et rikt program. Fra venstre: Jon Fauskanger Bjåstad, Thorvald Andersen, Kristin Martinsen, Erlend Aschehoug, Toril Berge, Knut Stubben, Arne Repål, Annelise Fredriksen, Marianne Aalberg, Klara Øverland, Jan Ivar Røssberg, Åshild Tellefsen, Marit Grande og Tine Jensen.

Radikalt åpen dialektisk atferdsterapi for ungdom

Klinisk erfaring tilsier at tilnærmingen er anvendelig i poliklinikk og at den bidrar til positive endringer.

TEKST Kirsti Hermansen og Erlend Skaar, Sykehuset i Vestfold

KONTAKT Kirsti. Hermansen@siv.no

MERKNAD
KH har deltatt i RO DBT scholar program hos The Radically Open Institute

RADIKALT ÅPEN DIALEKTISK atferdsterapi (RO DBT) er en transdiagnostisk behandling for overkontrollert mestring, rigid og tvangspregert atferd og undertrykte emosjonelle uttrykk. Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) i Vestfold har siden 2018 tilbudt RO DBT. Vi ønsker å dele våre erfaringer med metoden, som kan være et supplement for unntakelse eller tvangspregert fungering, og vedvarende depressive plager eller spiseforstyrrelse der annen behandling ikke har gitt tilstrekkelig bedring.

RO DBT har som dialektisk atferdsterapi (DBT; Linehan, 1993) et dialektisk og atferdsbasert fundament. DBT er utviklet for lidelser der emosjonell dysregulering antas å være det underliggende problemet, og der ferdigheter for å holde ut og regulere følelser er sentralt (Linehan, 1993). RO DBT derimot er utarbeidet for lidelser karakterisert av emosjonell overkontroll, der emosjonell ensomhet antas å være det underliggende problemet. Derfor er hovedfokus i behandlingen å øke åpenhet, fleksibilitet og tilknytning til andre mennesker, som antas å være kjernetrekk i radikal åpenhet og en væremåte som fremmer god psykisk helse hos alle mennesker (Lynch, 2018a).

HVA ER RO DBT?

RO DBT er utviklet av psykolog og professor Thomas Lynch, først i USA sent på 1990-tal-

let, før han fortsatte arbeidet i Storbritannia. Det siste tiåret har det vært tilgjengelig tilbud om terapeututdanning i USA, Storbritannia og Australia, og behandlingen tilbys i USA, Australia, Canada og flere europeiske, sør-amerikanske og asiatiske land. For mer informasjon, se <https://www.radicallyopen.net>.

Et økende kunnskapsgrunnlag tilsier at overkontroll er assosiert med ensomhet, kronisk depresjon, sosial angst og unntakelse, anorexia nervosa, tvangspregert personlighetsforstyrrelse og autismespekterforstyrrelser (Lynch, 2018a). RO DBTs nevrobiososiale modell antar at overkontrollert mestring utvikles i transaksjon mellom på den ene siden, et temperament preget av høy faresensitivitet, lav belønningssensitivitet, høy grad av impuls kontroll og detaljfokusert oppmerksomhet, og på den andre siden, et miljø som positivt forsterker kontroll over følelser, der det å prestere og unngå feil vektlegges høyt (Lynch, 2018a).

Radikal åpenhet i RO DBT handler om å utfordre egne oppfatninger og handlingsmønstre. Det er basert på en antakelse om at «vi ikke ser verden slik den er, men som vi er» (Lynch 2018a, s. 183, vår oversettelse), altså at vi forstår verden i lys av temperamentsmessige disposisjoner og tidligere erfaringer.

I RO DBT er hovedfokus i behandlingen sosiale signaler. Et sosialt signal blir her definert som enhver handling, uavhengig av form,

intensjon eller bevissthet, som skjer med et annet menneske til stede (Lynch, 2018a). Den sentrale endringsmekanismen for RO DBT er endring av maladaptive sosiale signaler. Eksempler kan være et uttrykkløst ansikt eller indirekte kommunikasjon, som å hinte istedenfor å be om det du ønsker. Bakgrunnen for metodens fokus på sosiale signaler er studier som viser at når det man uttrykker på utsiden, ikke stemmer overens med den indre opplevelsen, for eksempel å smile og si «det går bra» når du egentlig er lei deg, er det større sjanse for at andre opplever en som ikke-autentisk (Boone & Buck, 2003; English & John, 2013). Manglende overensstemmelse mellom hva en person føler og det ytre følelesuttrykket, er vist å samvariere med redusert tilknytning til andre og høyere grad av psykiske symptomer (Mauss et al., 2011). RO DBT skiller seg fra annen behandling ved å postulere at det en person tenker eller føler, er mindre viktig enn måten personen signaliserer sine indre opplevelser til omgivelsene, og hvordan signalstilen påvirker personens tilknytning til andre mennesker (Lynch, 2018a).

Ifølge RO DBT kan et temperament preget av høy faresensitivitet føre til at overkontrollerte personer går inn i sosiale situasjoner med en høy trusselaktivering. RO DBTs nevroregulatoriske modell beskriver hvordan trusselaktiveringen påvirker sosial signalering. For eksempel kan ansiktsmuskulaturen bli stiv eller tilgjort, og det blir vanskeligere å ha blikkontakt, noe som kan gjøre at man oppfattes som mindre autentisk, eller som en som ikke ønsker kontakt med andre, kan igjen bidra til utenforskap (Lynch, 2018b).

RO DBT VED BUPA I VESTFOLD

Som første behandlingssted i Norge startet BUPA i Vestfold i 2018 et pilotprosjekt med RO DBT for ungdom, som siden 2021 har vært en del av det ordinære behandlingstilbudet. Bakgrunnen for prosjektet var erfaringer med at enkelte ungdommer med spiseforstyrrelser ikke oppnådde tilstrekkelig tilfriskning gjennom familiebasert behandling (FBT), som er anbefalt behandling for barn og unge med spiseforstyrrelser (Helse- direktoratet, 2017). Disse ungdommene hadde også tilleggsvansker som angst, depresjon og tvangspregede atferd. Den kliniske erfaringen er i tråd med studier som har vist høy grad av komorbiditet mellom spiseforstyrrelse og andre psykiske problemer hos unge (Convertino & Blashill, 2022), og at kun 30–40 % oppnår full remisjon etter FBT (Datta et al., 2023). Vi erfarte også at en del ungdom uten spiseforstyrrelser, men med en tvangspregede eller unnnvikende væremåte, hadde lite utbytte av vanlig samtalebehandling.

KUNNSKAPSGRUNNLAG

I de siste 25 årene har man undersøkt RO DBT i ulike kliniske settinger, aldersgrupper, diagnosegrupper og med ulike forskningsdesign (Gilbert et al., 2020). En randomisert kontrollert multisenterstudie fra Storbritannia av voksne fant at RO DBT hadde signifikant bedre effekt enn medikamentell behandling alene for behandlingsresistent depresjon, og at det var en signifikant økning av emosjonell mestring og reduksjon av psykologisk infleksibilitet (Lynch et al., 2020). Pilotstudier av pasienter med anorexia nervosa viste at metoden er gjennomførbar med moderat til høye effektstørrelser for voksne innlagte (Lynch et al., 2013), for polikliniske pasienter (Chen et al., 2015) og for ungdom i intensiv dagbehandling (Baudinet et al., 2020). En studie fra Sverige med multiple baseline-data »



I RO DBT er hovedfokus i behandlingen sosiale signaler

der voksne pasienter med anoreksi fungerte som sin egen kontroll, fant at de 8 pasientene (av et utvalg på 13) som gjennomførte RO DBT, var i full remisjon etter behandling, og at endringene startet først etter at de ble introdusert for RO DBT (Isaksson et al., 2021). Det er også gjennomført studier av ferdighetsgruppe alene for voksne polikliniske pasienter: I en ikke-randomisert kontrollert undersøkelse med ventelistekontroll fant Keogh et al. (2016) signifikant reduksjon av psykopatologi, og en pilotstudie fant moderate effektstørrelser for reduksjon av psykologisk stress for pasienter med autismespekterdiagnoser (Cornwall et al., 2021). En studie av RO DBT for ungdom i poliklinikk, med forenklet materiale og redusert behandlingstid, fant signifikant reduksjon av depresjon, spiseforstyrrelse og selvskadingsatferd, og moderat til sterk korrelasjon mellom reduksjon av uhensiktsmessig overkontroll og bedring av symptomer på depresjon og spiseforstyrrelse (Baudinet et al., 2021). Oppsummert viser kunnskapsgrunnlaget at RO DBT er en lovende tilnærming for ulike lidelser karakterisert av overkontroll hos både voksne og ungdom.

BEHANDLINGSPROGRAMMET

Utvikling

I 2017–2018 gjennomførte tre behandlere RO DBT-utdannelse. Utdannelsen var lagt opp som to intensive undervisningsuker, med oppstart av pasientbehandling mellom de to ukene. RO DBT-utdannelsen følger nå en ny modell. Etter gjennomført utdanning har vi hatt månedlig veiledning med godkjent RO DBT-veileder.

Etter anbefaling fra behandlingsutvikler brukte vi i første behandlingsrunde manualen som er utviklet og testet for voksne, der behandlingen går over 30 uker (Lynch, 2018b). En av artikkelforfatterne (KH) oversatte materialet til norsk. Ungdommene beskrev i evalueringen at materialet var omfattende og vanskelig å forstå. Dette samsvarer med erfaringene fra Maudsley hospital i London, som de siste ti årene har hatt RO DBT som del av behandlingstilbudet for ungdom med spiseforstyrrelser (Baudinet et al., 2021). De har tilpasset manualen til ungdom gjennom å redusere omfanget, legge til flere bilder og foreslå videoer som passer for ungdom. Vi har fått lov til å bruke det tilpassede materialet fra Maudsley, har oversatt det til norsk og benyttet det

siden 2019. Det innebærer at behandlingstiden er redusert til 20 uker.

RO DBT-programmets struktur

Behandlingsprogrammet består av ukentlig individualterapi og ukentlig ferdighetstrening i åpen gruppe med inntil ti ungdommer. Omsorgspersoner inviteres med i oppstarts-, midtveis- og sluttevaluering. Vi har informasjonsmøte for omsorgspersoner to ganger i året, og familiesamtaler ved behov. Behandlerne møtes ukentlig i konsultasjonsteam og bruker selv RO DBT-ferdigheter i hverdagen.

Ungdommene i behandlingsprogrammet

I tråd med klinisk erfaring (Lynch, 2018b) har vi valgt blandede diagnosegrupper i ferdighetstreningen. Ungdommene rekrutteres fra BUPAs to poliklinikker og spiseforstyrrelsespoliklinikken. Inklusjonskriterier er ungdom mellom 14 og 22 år som selv identifiserer seg som overkontrollerte, og som etter seks måneders behandling i poliklinikk ikke har oppnådd tilfredsstillende bedring. Ved samtidig spiseforstyrrelse gis RO DBT som et supplement til FBT, med somatisk oppfølging i spiseforstyrrelsespoliklinikken. Eksklusjonskriterier er pågående psykose og rusavhengighet og alvorlig spiseforstyrrelse med KMI under 15 og/eller døgninnleggelse over fire uker. Bakgrunnen for eksklusjonskriteriet alvorlig spiseforstyrrelse er erfaringer i fagfeltet med at reernæring og medisinsk stabilisering er nødvendige forutsetninger for terapi, og egne erfaringer i første fase av pilotprosjektet, der flertallet av pasienter som startet opp RO DBT underveis i en langvarig innleggelse viste seg å ikke få til å fullføre behandlingsprogrammet.

Ungdommene som har deltatt i RO DBT, har hatt ulike vansker. Personlighetsproblematikk er ikke systematisk kartlagt, men vårt kliniske inntrykk er at mange har unnvikende eller tvangspregede personlighetstrekk og rigiditet. For å gi et mer utfyllende bilde vil vi beskrive to fiktive kasuistikker. De er basert på en sammenstilling av mange ungdommer og beskriver ikke faktiske personer.

Iben

Iben har en anorektisk spiseforstyrrelse, og har mottatt FBT ved spiseforstyrrelsespoliklinikken. Undervekt er redusert, men Iben har fortsatt spiseforstyrrede tanker og følelser. Hen har

høye krav til egne prestasjoner, tvangspregede regler for både spising og annen atferd, og er engstelig for å bli vurdert negativt. Iben har på grunn av spiseforstyrrelse og behandling gått glipp av mye skole, og har mistet kontakt med jevnaldrende. I samtaler sier hen lite, snakker lavt, svarer ofte «vet ikke» eller forsøker å få andre til å ta avgjørelser, og smiler ofte når hen snakker om vanskelige tema.

Alex

Alex har over tid hatt symptomer på depresjon og er mye sliten. Kognitiv terapi har i liten grad hjulpet. Alex er svært opptatt av å gjøre det bra på skolen, der hen fremstår velfungerende, men hjemme har hen ofte sterke følelsesutbrudd på grunn av skolerelatert stress. Hen er aldri fornøyd med egne prestasjoner og prioriterer sjelden samvær med jevnaldrende. Alex har ett tidligere selvmordsforsøk med tabletter bak seg, og selvskadinger i form av kutting. Selvskadningen foregår i det skjulte, er vanligvis planlagt timer på forhånd og ofte forbundet med behov for å straffe seg selv. Alex deler lite med andre om hvordan hen har det, tenker at hen skal klare alt selv, og kan virke avvisende.

Individualterapien

De første 3–4 individuelltimene fokuserer på orientering og forpliktelse. Ungdommene får informasjon om det teoretiske fundamentet og strukturen i behandlingen, det jobbes med å identifisere verdier og målsettinger, og forpliktelse til å redusere overkontrollert mestring og maladaptive sosiale signaler. De videre samtalerne fokuserer på arbeid med maladaptive sosiale signaler som hindrer ungdommen i å nå målene de har satt seg. Timene struktureres etter følgende hierarki: (1) livstruende atferd, (2) alliansebrudd og (3) maladaptive sosiale signaler. Ungdommene fyller ut dagbokskort mellom timene, og arbeidet i timene organiseres rundt kjede- og løsningsanalyser (Lynch, 2018a).

Livstruende atferd, det vil si selvskading og selvmordsatferd, er ofte planlagt og regelstyrt hos overkontrollerte pasienter. RO DBTs protokoll for håndtering av livstruende atferd fokuserer på å forstå atferden fra et sosialt signaliseringsperspektiv, altså hva pasienten forsøker å fortelle gjennom atferden, og den fokuserer på håp og oppfordrer til å utnytte høy evne til impuls kontroll for å stoppe livstruende atferd (Lynch, 2018a).

Et alliansebrudd i RO DBT defineres som at pasienten føler seg misforstått av terapeuten eller opplever at behandlingen ikke passer. Mindre alliansebrudd forventes å skje flere ganger gjennom forløpet, og en behandlingsrelasjon uten alliansebrudd før time 14 regnes som en overfladisk relasjon. Alliansebrudd og tilhørende reparasjoner er ønsket, fordi det gir mulighet for ny læring for overkontrollerte pasienter, som ofte har en tendens til å avslutte forhold når det blir konflikt (Lynch, 2018a).

Maladaptive sosiale signaler identifiseres i samarbeid med pasienten gjennom fokus på typiske overkontrolltema: (1) rigid og regelstyrt atferd, (2) reservert/distansert stil, (3) misunnelse, bitterhet og sosial sammenlikning, (4) hemmet affekt og (5) overdrevet forsiktighet, og gjennom at terapeuten løfter frem sosiale signaler hen har observert gjentatte ganger hos pasienten. Sosiale signaler med antatt størst negativ innvirkning på relasjoner prioriteres. Pasienten blir bedt om å demonstrere sosiale signaler for terapeuten, slik at terapeuten kan vurdere om det sosiale signalet er maladaptivt (dvs. bidrar til å hindre sosial tilknytning).



Alliansebrudd og tilhørende reparasjoner er ønsket, fordi det gir mulighet for ny læring





...terapeuten
tilstreber
en lett og
ledig stil

Terapeuten demonstrer også sosiale signaler for pasienten, så hen kroppslig kan erfare å være på den mottagende siden og forstå hvordan egne sosiale signaler kan virke på andre (Lynch, 2018a).

Terapeutstil og terapeutiske strategier

RO DBT-terapeuten tilstreber en lett og ledig stil, snakker med pasienten slik hen ville snakket til en venn, og anvender en dialektisk veksling mellom medfølelse innlevelse og leken uærbødighet. Terapeuten anerkjenner at pasienten selv må bestemme hvordan hen vil leve livet sitt, og «ask, don't tell» er et sentralt prinsipp. Når pasienten er engasjert og kommuniserer åpent og direkte, har terapeuten en stil preget av medfølelse innlevelse, mens når pasienten blir mer indirekte i kommunikasjonen og handlinger avviker fra verdier og målsetninger, skifter terapeuten til leken uærbødighet, for eksempel ved å bruke terapeutisk erting. Et eksempel kan være en pasient som sier «Jeg kan ikke snakke om det», hvorpå terapeuten svarer på en leken måte: «Hva var det, jeg synes jeg hørte noe?» Dette for å påpeke det motstridende budskapet, ettersom pasienten faktisk snakker, før terapeuten smiler varmt og signaliserer ikke-dominans gjennom bruk av åpne hender og lett krummede skuldre (Lynch 2018a).

Ferdighetstreningen

En begynner vanligvis med ferdighetstreningen etter tre individuelle timer. Siden det er en åpen gruppe, varierer temaet som deltakerne starter med. Grunnleggende ferdigheter, som RO DBTs nevroregulatoriske modell og ferdigheter for å aktivere sosial trygghet og selvrefleksjon, undervises derfor også individuelt. En sentral ferdighet for å aktivere sosial trygghet kalles 3 + 1, og innebærer å heve øyenbryn, smile med lukket munn, puste dypt og lene seg tilbake hvis du sitter. RO DBT utnytter her den gjensidige forbindelsen mellom det autonome nervesystemet og ansiktsmuskulatur og pust. Hovedfokus er ikke primært å kjenne seg roligere på innsiden, men å øke sjansen for tilknytning til andre mennesker (Lynch, 2018a). Selvrefleksjon er en grunnleggende ferdighet i RO DBT som innebærer å aktivt søke det du ønsker å unngå, for å lære, og å dyrke en vilje til å ta feil og endre deg om nødvendig. Selvrefleksjonspraksis innebærer å finne spørsmål

du kan trenge å stille deg selv for å lære. Øvelsene er korte (maks fem minutter) og gjentas over flere dager (Lynch, 2018b).

Ferdighetsgruppa likner mer et kurs enn tradisjonell gruppeterapi og ledes av to terapeuter. Hver samling har et hovedtema, med hjemmeoppgaver. De fleste ferdighetene beskrives med akronymer som er satt sammen av en bokstav for hvert trinn i ferdigheten, der akronymet uttrykker kjernen i ønsket atferd: For eksempel er «VARIES» (varierte) forkortelsen for ferdigheten som handler om å lære nye ting (se under for en oversikt over temaer). Det er utviklet en egen protokoll for å håndtere hvis deltakere ikke har gjort hjemmeoppgaver eller ikke er aktive i ferdighetsgruppa, der fokus er på å bidra til fellesskapet. I hver ferdighetsgruppe gjennomføres det minst en «deltakelse uten planlegging»-øvelse, der hensikten er å øke gleden ved sosial deltakelse. Øvelsene annonseres ikke på forhånd, er kortvarige (30–60 sekunder) og går ut på å gjøre og si det samme som gruppeleder. Den korte varigheten, og at alle gjør det samme, reduserer selvbevisstheten og øker sjansen for å oppleve deltakelse sammen med andre som positivt (Lynch, 2018b).

Behandlingsutbytte

For å vurdere utbytte av behandlingen blir ungdommene bedt om å fylle ut selvrapportskjema før og etter RO DBT. Vi gjennomfører midtveis- og sluttevaluering med ungdom, foreldre og henviser. Ungdommen bes svare på grad av måloppnåelse, hvilke ferdigheter de synes var mest nyttig, hva som var mest nyttig i individualterapien, og hva som har vært utfordrende eller manglet i behandlingen.

Tilbakemeldinger som har gått igjen, er at det har vært hjelpsomt å lære konkrete ferdigheter, spesielt ferdigheter for å aktivere sosial trygghet, at de liker fokuset på sosiale signaler, at det er hjelpsomt å høre om andres erfaringer, og at de føler seg mindre alene når andre deler sine opplevelser, samt at hjemmeoppgaver har vært nyttig for å pushe dem til å trene på ferdigheter. Mange trekker også frem individualterapiens struktur med kjede- og løsningsanalyser.

Ved avslutning av RO DBT rapporterer de fleste av ungdommene om symptomreduksjon, økt mestring og bedre sosiale relasjoner. Flertallet som har fullført RO DBT, har blitt vurdert å kunne avslutte behandling ved BUPA. For pasienter som ikke har blitt avsluttet ved

Oversikt over den tilpassede ungdomsmodellen

- 1 Radikal åpenhet – Den fleksible hjernen DEF
 - 2 Å forstå følelser
 - 3 Aktivering av sosial trygghet og loving kindness-meditasjon
 - 4 Følelsenes funksjon og Den fleksible hjernen DEEP
 - 5 Mindfulness – Overkontrollerte sinnstilstander
 - 6 Mindfulness – Observere, beskrive og delta uten planlegging
 - 7 Å gjøre nye ting – Den fleksible hjernen VARIES
 - 8 Sosiale signaler er viktig!
 - 9 Skam og avvising – Den fleksible hjernen SAGE
 - 10 Mindfulness – Selvrefleksjon
 - 11 Mindfulness – Streng fordømmelse, fokusert oppmerksomhet og effektiv med ydmykhet
 - 12 Indirekte kommunikasjon – Den fleksible hjernen REVEAL og ROCK ON
 - 13 Selvhevdelse – Den fleksible hjernen PROVES
 - 14 Vennskap og intimitet – MATCH + 1 og Den fleksible hjernen ALLOWS
 - 15 Validering – Å signalisere sosial inkludering
 - 16 Å lære fra tilbakemeldinger – Den fleksible hjernen ADOPTS
 - 17 Misunnelse og harme – Den fleksible hjernen DARES
 - 18 Kynisme og bitterhet – Den fleksible hjernen LIGHT
 - 19 Tilgivelse – Den fleksible hjernen HEART
 - 20 Integreringsuke
-

Merknad. Ferdighetsgruppa har 20 samlinger med egne tema og hjemmeoppgaver.

BUPA etter gjennomført RO DBT, tror vi deltakelsen kan ha gjort dem mer tilgjengelige for videre behandling. Det kan skyldes økt mestring i forbindelse med at de har deltatt i ferdighetsgruppe sammen med andre, og større åpenhet i relasjoner.

Vi har ikke hatt systematisk evaluering med omsorgspersoner, men har fått tilbakemeldinger i forbindelse med behandlingsevalueringer og informasjonsmøter. Mange hadde allerede før behandling et bevisst forhold til at ungdom med overkontrollert mestringsstil ikke trenger å pushes til å jobbe hardere. Flere har fortalt at de har fått øynene opp for hva de signaliserer gjennom egen atferd i form av høye krav til seg selv og det å sjelden slappe av og gjøre ting bare fordi det er gøy.

I løpet av pilotprosjektperioden kartla vi årsaker til frafall fra RO DBT og fant at nesten halvparten av pasientene falt fra. De vanligste årsakene var fravær fra skole, forverring av spiseforstyrrelse og behov for overføring til høyere behandlingsnivå, at behandlingsopplegget var for omfattende med tanke på ungdommens vansker, og at behandlingen ikke opplevdes som nyttig. Vi har på bakgrunn av kartleggingen justert inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Nå er langvarig døgninnleggelse (over fire uker) et eksklusjonskriterium, og det at man har forsøkt standard behandling i poliklinikken før henvisning til DBT, er

et inklusjonskriterium. Vi har også flyttet ferdighetsgruppa til slutten av arbeidsdagen for å redusere skolefraværet.

Hvordan gikk det med Iben og Alex?

Vi vil avslutningsvis vende tilbake til våre fiktive kasuistikker og gi noen eksempler på arbeid med sosiale signaler og RO DBT-ferdigheter.

Iben jobbet med maladaptive sosiale signaler knyttet til det å være engstelig, som å unngå risiko, la andre velge for seg, snakke lavt og sitte sammenkrøpet. Dette ble koblet til Ibens verdier og hvordan hen ønsker å være: en som står utenfor, eller en som deltar? Det ble jobbet med aktivering av sosial trygghet og rollespill i timen, der Iben øvde på å velge, ta mer plass og snakke høyere. Den fleksible hjernen VARIES, som handler om å øve opp evne til å gjøre nye ting, var sentral. Iben startet med mindre endringer, som å ha håret på en annen måte en hen pleide, før hen utfordret seg selv til å prøve nye ting som hadde med spising å gjøre. Iben hadde også nytte av ferdigheter for å bli mer selvhevdende (Den fleksible hjernen PROVES) og for å etablere og øke intimitetsnivå i sosiale relasjoner (MATCH + 1).

I Alex' behandling var fokus i de første timene på å stoppe selvskading og selvmordstanker, som ble forstått i et sosialt signaliseringsperspektiv. Det ble tematisert hvordan

»



RO DBT har gitt oss konkrete ferdigheter til å kunne arbeide med ungdom som deler lite om hva de tenker og føler

livstruende atferd samsvarte med sentrale verdier og målsettinger, som å ta ansvar for seg selv, ta universitetsutdannelse og stifte familie. Å surfe på trangen, en mindfulnessferdighet som handler om å legge merke til tanker, følelser og impulser uten å handle på dem, var sentral, og terapeuten oppfordret Alex til å bruke den høye impulskontrollen til å motstå selvskadingstrangen. Sentrale maladaptive sosiale signaler var å avslå tilbud om hjelp, late som ting går greit, og si nei til sosiale invitasjoner. Gjennom bruk av oppmerksomhetskontinuum, en mindfulnessferdighet for å beskrive med integritet, øvde Alex på å legge merke til og sette ord på hva hen tenkte og følte, og å dele mer åpent med andre. Ferdigheter for å kunne dele sårbarhet og signalisere i tråd med egne verdier (Den fleksible hjernen DEEP) var også viktige. Det ble dessuten jobbet med å finne måter å slappe av og gjøre «uproduktive ting», som å prioritere sosiale aktiviteter eller å lese en god bok for underholdningens skyld og ikke bare for å lære noe (Den fleksible hjernen VARIES).

Avsluttende refleksjoner

Våre erfaringer er at RO DBT er en gjennomførbar behandling i poliklinikk for ungdom i Norge, og at flertallet av de som gjennomfører, har oppnådd symptomreduksjon og økt nærhet og åpenhet i relasjoner.

Vi opplever at RO DBTs vennlige og lekne terapeutstil, i kombinasjon med fokus på sosiale signaler og konkrete ferdigheter, gir oss en annen inngang i møte med ungdom med en overkontrollert mestringsstil. RO DBT har gitt oss konkrete ferdigheter til å kunne arbeide med ungdom som deler lite om hva de tenker og føler, og som kan ha en indirekte, unnvikende eller avvisende kommunikasjonsstil. Vi har erfart at det å selv bruke RO DBT-ferdigheter i eget liv har vært essensielt for å ta dem i bruk og lære dem bort i behandlingen.

RO DBTs transdiagnostiske fokus gjør den til et godt supplement til eksisterende behandlingsmetoder for ungdom. Det utfyller DBT ved behov for intensivt og spesifikk behandling for selvskading og/eller selvmordsatferd når ungdommen har en overkontrollert stil. Vår erfaring er at RO DBT har bidratt til positive endringer hos ungdom som har vært i siste fase av FBT for anorexia nervosa, og vi har inntrykk av at arbeid med perfeksjonisme, rigiditet og det å uttrykke følelser har vært sentralt for endring for disse ungdommene.

Som beskrevet har vi etter erfaringer i pilotperioden gjort tilpasninger for å redusere frafall fra behandlingen. Vi tror at noe av frafallet også skyldes uoppdagede alliansebrudd, og dette er et område for videreutvikling av våre ferdigheter som RO DBT-terapeuter.

Til tross for at vi tidlig byttet til et undervisningsmateriale tilpasset ungdom, får vi fortsatt tilbakemeldinger om at materialet og ferdighetene kan være vanskelige å forstå. Vi ser derfor frem til publiseringen av en egen ungdomsmanual med eksempler og språk som er mer tilpasset ungdom (Lynch et al., under utgivelse).

Våre erfaringer rimer med resultatene fra studien av RO DBT tilpasset for ungdom ved Maudsley hospital (Baudinet et al., 2021), som beskriver RO DBT som en lovende tilnærming. Imidlertid er det behov for videre utprøving av metoden og effektevalueringer i store, kontrollerte undersøkelser. ✖

REFERANSER

- Baudinet, J., Simic, M., Griffiths, H., Donnelly, C., Stewart, C. & Goddard, E. (2020). Targeting maladaptive over-control with radically open dialectical behaviour therapy in a day programme for adolescents with restrictive eating disorders: an uncontrolled case series. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00338-9>
- Baudinet, J., Stewart, C., Bennett, E., Konstantellou, A., Parham, R., Smith, K., Hunt, K., Eisler, I. & Simic, M. (2021). Radically open dialectical behaviour therapy adapted for adolescents: a case series. *BMC Psychiatry*, 21(1), 462. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03460-3>
- Boone, R.T. & Buck, R. (2003). Emotional Expressivity and Trustworthiness: The Role of Nonverbal Behavior in the Evolution of Cooperation. *Journal of Nonverbal Behavior*, 27, 163–182. <https://doi.org/10.1023/A:1025341931128>
- Chen, E.Y., Segal, K., Weissman, J., Zeffiro, T.A., Gallop, R., Linehan, M.M., Bohus, M. & Lynch, T.R. (2015). Adapting dialectical behavior therapy for outpatient adult anorexia nervosa – A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 123–132. <https://doi.org/10.1002/eat.22360>
- Convertino, A.D. & Blashill, A.J. (2022). Psychiatric comorbidity of eating disorders in children between the ages of 9 and 10. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(5), 519–526. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13484>
- Cornwall, P.L., Simpson, S., Gibbs, C. & Morfee, V. (2021). Evaluation of radically open dialectical behaviour therapy in an adult community mental health team: effectiveness in people with autism spectrum disorders. *BJPsych Bulletin*, 45(3), 146–153. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.113>
- Datta, N., Matheson, B.E., Citron, K., Van Wye, E.M. & Lock, J.D. (2023). Evidence Based Update on Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 52(2), 159–170. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2109650>
- English, T. & John, O.P. (2013). Understanding the social effects of emotion regulation: the mediating role of authenticity for individual differences in suppression. *Emotion*, 13(2), 314–329. <https://doi.org/10.1037/a0029847>
- Gilbert, K., Hall, K. & Codd, R.T. (2020). Radically Open Dialectical Behavior Therapy: Social Signaling, Transdiagnostic Utility and Current Evidence. *Psychology Research & Behavior Management*, 8(13), 19–28. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S201848>
- Helsedirektoratet. (2017). *Spiseforstyrrelser. Nasjonal faglig retningslinje*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Isaksson, M., Ghaderi, A., Ramklint, M. & Wolf-Arehult, M. (2021). Radically open dialectical behavior therapy for anorexia nervosa: A multiple baseline single-case experimental design study across 13 cases. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 71, 101637. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101637>
- Keogh, K., Booth, R., Baird, K., Gibson, J. & Davenport, J. (2016). The Radical Openness Group: A controlled trial with 3-month follow-up. *Practice Innovations*, 1(2), 129–143. <https://doi.org/10.1037/pri0000023>
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Lynch, T.R. (2018a). *Radically open dialectical therapy. Theory and practice for treating disorders of overcontrol*. New Harbinger Publications.
- Lynch, T.R. (2018b). *The Skills Training Manual for Radically Open Dialectical Behavior Therapy: A Clinician's Guide for Treating Disorders of Overcontrol*. New Harbinger Publications.
- Lynch, T.R., Gilbert, K., Simic, M. & Baudinet, J. (under utgivelse). *The Radically Open Dialectical Behavior Therapy Workbook: Skills to Help You Overcome Depression, Anxiety, Loneliness, Perfectionism & Other Disorders of Overcontrol*. New Harbinger.
- Lynch, T.R., Gray, K.L. & Hempel, R.J. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry*, 13, 293. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-293>
- Lynch, T.R., Hempel, R.J., Whalley, B., Byford, S., Chamba, R., Clarke, P., Clarke, S., Kingdon, D., O'Mahen, H., Remington, B., Rushbrook, S.C., Shearer, J., Stanton, M., Swales, M., Watkins, A. & Russell, I.T. (2020). Refractory depression – mechanisms and efficacy of radically open dialectical behaviour therapy (Reframed): findings of a randomised trial on benefits and harms. *British Journal of Psychiatry*, 216(4), 204–212. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.53>
- Mauss, I.B., Shallcross, A.J., Troy, A.S., John, O.P., Ferrer, E., Wilhelm, F.H. & Gross, J.J. (2011). Don't hide your happiness! Positive emotion dissociation, social connectedness, and psychological functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(4), 738–748. <https://doi.org/10.1037/a0022410>

Hva psykoterapi er, og hva det kan bli

En del pasienter får ikke god effekt av eksisterende, klart formulerte behandlingsformer. Da må vi tenke bredt og utforske nye muligheter innen psykoterapi.

TEKST Rolf Sundet,
Universitetet i
Sørøst-Norge

KONTAKT
rolf.sundet@usn.no

MERKNAD
Ingen oppgitte
interessekonflikter

Det er mange sider ved det å bli gammel, eller vennligere sagt, eldre. En av dem er muligheten til å se tilbake på en lengre tidsepoke. Som ungdom opplevde jeg at ingenting nytt skjedde, at ting var som de alltid hadde vært, og at endring gikk altfor sakte. I dag ser jeg derimot de enorme forandringene samfunnet har gjennomgått siden mine første minner fra siste halvdel av 50-tallet. Et av områdene med store endringer, er psykisk helsevern. Dette gjelder spesielt posisjonen vår yrkesgruppe, psykologene, har fått, og betydningen av psykologisk kunnskap.

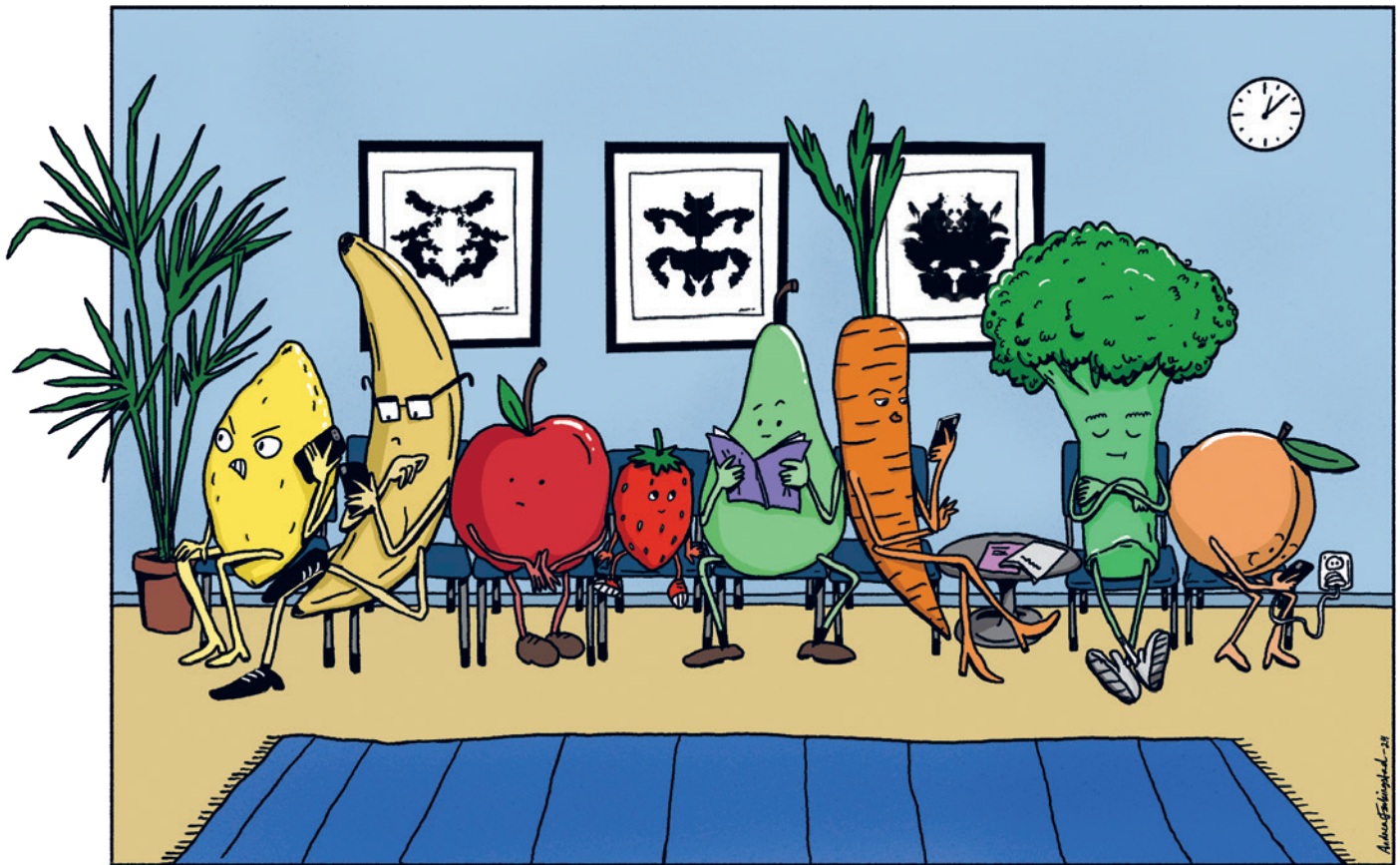
To spennende numre av Tidsskrift for Norsk psykologforening avsluttet 2023 (Tidsskrift for Norsk psykologforening, 2023a, b). Oktoberutgaven gav oss innblikk i historien til den norske psykologprofesjonen og dens faglige utvikling. Desemberutgaven var en gjennomgang av ti empirisk understøttede psykoterapimodeller. Lesning av oktoberutgaven om fagets utvikling i Norge peker på en stadig mer strømlinjeformet og tydelig formulering av det praktiske psykologifaget. Den spede begynnelsen var preget av flertydighet i hva som er psykoterapi, av det eklektiske, det teoretisk uklare og motsetningsfylte. I dag er det vanligere med klare og kon-

sise teoretiske formuleringer. På mange måter kan vi si at de ti modellene framstår som et faglig høydepunkt i fagets utvikling. De danner et mangfold som er teoretisk tydelig framstilt. De praktiske intervensjonene blir godt billedgjort gjennom kaspresentasjonene. Slik framstår psykologisk behandling som et stuert, velformulert og tydelig prosjekt. Både når det gjelder teori og praksis, beskrivelser og forklaringer på lidelser og helbredelser.

I dette essayet skal jeg se nærmere på psykoterapibegrepet som nå har vokst fram. Jeg vil reflektere over hva psykoterapi er, og hva psykoterapi kan bli. Disse refleksjonene henger sammen med kliniske erfaringer fra 50 år i spesialisthelsetjenesten.

Å FALLE INNENFOR OG UTENFOR

I spesialisthelsetjenesten er det alltid er noen som faller utenfor det vi tilbyr, uansett hva dette er. Tjenestene har hatt en tendens til å forklare utenforskapet med teoretiske begreper. Dette har gjennom tidene gitt opphav til en rekke utsagn: manglende motivasjon, utilgjengelig for behandling, behandlingsresistent, ikke-behandlingsbar eller «mor er ikke veiledningsbar grunnet manglende mentaliserings-evne». Et absurd eksempel på hva denne tenke-



ILLUSTRASJON: ANDREA FERKINGSTAD

måten kan føre til, er hentet fra da jeg arbeidet som sjefpsykolog ved Lier sykehus på 90-tallet. Der ble jeg gjort oppmerksom på et problem. I et sykehus med nærmere 200 pasienter fant ikke legene i videreutdanning egnede pasienter for behandlingen de skulle opplæres i. På mange måter tilhører slike fenomen den mørke siden ved psykotераpeutisk praksis. Begrepet behandlingstilgjengelig, i den grad det fortsatt anvendes, innbefatter seleksjon, og en eksklusjon på bakgrunn av denne seleksjonen.

Et viktig anliggende blir i hvor stor grad spørsmålet om seleksjon er aktuelt i presentasjonen av de ti modellene i desemberutgaven av Psykologtidsskriftet. Så langt i min lesning har jeg ikke funnet utsagn som tilsier dette. Det som heller er gjennomgående, er spørsmålet om behandlingen passer for *pasienten*. Fra mitt ståsted er dette et framsteg. Fokus flyttes fra spørsmålet om tilgjengelighet, altså en mangel hos pasienten, til spørsmålet om metoden passer eller ikke. Etisk og praktisk er dette en god ting. Det flytter oppmerksomheten fra begrensninger hos pasienten til begrensninger ved terapimetoden. Dette gir mening ut fra det jeg har erfart med for eksempel motivasjon. Etter 50 år har jeg ennå ikke møtt en umotivert pasient. Det jeg har møtt, er mange som

er motivert for noe annet enn meg, og det er et godt utgangspunkt for terapi.

Det at noen faller utenfor etablerte behandlingsopplegg, åpner for spørsmålet om hva psykotераpi kan bli. For å nærme meg dette ønsker jeg å se på hva psykotераpi er, slik forskjellige fagpersoner formulerer det. Derfra ønsker jeg å utvide begrepet på en måte som muliggjør at psykotераpi ikke bare er «noe», men også «noe blivende».

DAGENS PSYKOTERAPEUT

Schancke og Hagen (2023) framholder at virksom psykologisk behandling kjennetegnes av tre forhold: en tillitsfull relasjon, et meningsfullt rasjonale for vanskene og intervensjoner for å skape endring som er i tråd med rasjonale. Samtidig understreker de at det fortsatt er vanskelig å finne klare ulikheter mellom effekter av ulike terapiformer. Det viktigste er derfor «... at terapeuten forholder seg til en strukturert modell, har et klart rasjonale og bruker metoder og teknikker som er basert på en empirisk endringsteori» (Schancke & Hagen, 2023). I disse utsagnene finner jeg et ekko av Wampolds (2001) kontekstuelle modell som forklaring på endring i psykotераpi. Modellen peker på viktigheten av et emosjonelt ladet forhold »

”

Etter 50 år har jeg ennå ikke møtt en umotivert pasient

til en hjelpende profesjonell innenfor en helbredende ramme, og at pasienten har en positiv forventning om å kunne få hjelp fra den profesjonelle. I tillegg kommer et rasjonale, et begrepsmessig skjema, eller en myte, som gir en sannsynlig, skjønt ikke nødvendigvis sann, forklaring på personens symptomer og hvordan denne kan hjelpes. Myter kan omfatte personlige, folkelige og kulturelt betingede måter å forstå sammenhenger mellom helse og uhelse på. Til slutt har vi et ritual eller en prosedyre som krever aktiv deltagelse av både klienten og terapeuten. Inklusjon av myter i Wampold sin modell faller et godt stykke unna det som understrekes av Schancke og Hansen: et klart rasjonale, en klar metode og teknikker basert på en empirisk endringsteori. Å anvende myter er utdatert; den klare og tydelige modellen og dens teori er det vi søker etter.

Jeg finner det samme hos Høstmælingen (2023), som omtaler psykoterapi som en aktivitet og praksis som er rotfestet i teori. I et intervju understøtter Solbakken dette ved å definere psykoterapi på følgende måte: «Det er en behandling som inneholder en spesifikk modell for problemet du kommer med, altså en patologiforståelse (...) behandlingen [har] en spesifikk modell for hvordan dette problemet kan løses, og en bestemt prosedyre som skal gjennomføres sammen med pasienten. Den har et spesifikt rasjonale for hvordan behandlingen skal virke, som kan kommuniseres til pasienten» (Solbakken i Spilde & Jakobsen, 2023, s. 1). Med dette trer psykoedukasjon inn som en avgjørende del av det forberedende arbeidet til terapien. Pasienten må læres opp i, forstå og akseptere terapimodellens rasjonale, forklaringer og teorier. En forenklet måte å uttrykke dette på er at dette er «ja-orienterte» terapimetoder og modeller. Pasientens «ja» til rasjonale og innhold er avgjørende for at behandlingen skal ha virkning. Oppsummert kan vi derfor si at psykoterapi må ha en forklaring på endringsmekanismen i problemet eller den lidelsen pasienten kommer til terapi for, og er derfor en teorispesifikk virksomhet. Uten teori, ingen psykoterapi.

I tillegg understreker Høstmælingen at teorispesifikke psykoterapier må «... vise til effekt på gruppenivå» (Høstmælingen, 2023, s. 147). Schancke og Hagen (2023) understreker det samme. Med dette kobles teorispesifisitet til den randomiserte kontrollerte studien (RCT).

RCT-studier har i de siste 25 årene i Norge blitt framholdt som studiedesignet som gir best svar på om en terapimodell har virkning på gruppenivå.

KUNNSKAPSSITUASJONEN OG RCT

Det er mange spennende sider ved den randomiserte, kontrollerte studien. Hadde vi ikke hatt denne forskningsmetoden, og metaanalysene den har gitt opphav til, ville vi ikke visst det vi vet om psykoterapi i dag. På gruppenivå er det ingen av de undersøkte terapimetodene som utkonkurrerer hverandre. Et unntak er muligens eksponeringsprosedyrer for noen angsttilstander (Schancke & Hagen, 2023). Likeledes viser studiene at ikke *alle* får hjelp av terapimodellene som er undersøkt. Hver RCT-studie gir et anslag på en andel som ikke får hjelp, og en andel som blir verre. Slik er det kanskje mer presist å si at vi på gruppenivå har *delvis* virksomme metoder.

Dette er selvfølgelig ikke et argument *mot* etablerte psykoterapeutiske metoder som er undersøkt i RCT-studier. Men det bringer oss tilbake til de som faller utenfor. De avgjørende spørsmålene blir for det første: Hva med de som ikke får hjelp? For det andre: Hvordan forstå psykoterapi når teorien ikke er til hjelp i den aktuelle terapien?

La oss se nærmere på RCT-studien. Rasjonale for den evidensbaserte, teorispesifikke psykoterapi kan finnes i Kennair et al. (2002). Her blir det som er avgjørende, tydeliggjort ved å søke etter likheter. Vet vi noe om det som er likt for de mange, eksempelvis at de med depresjon får hjelp av en teorispesifikk terapiform, må vi anta at dette også hjelper den enkeltstående personen som sliter med depresjon. Regelen blir at hvis vi vet noe om de mange, vet vi noe om den ene. Samtidig tilsier forskningen, som vist over, at det alltid er en andel pasienter innenfor samme diagnosegruppe som ikke får hjelp. I tillegg er diagnoser dårlige prediktorer for utfall i terapi og derfor utilstrekkelig som hjelpemiddel i valg av behandlingsmetode (Wampold, 2001). Unntaket, det som skiller seg ut, det forskjellige, det som ikke passer inn under reglene eller rasjonale, utfordrer det teorispesifikke terapibegrepet. Gjennom å forfølge det forskjellige kan vi lage noe nytt. Det er her vi kan finne kreative øyeblikk og hendelser. Det er også her vi kan finne opphavet og muligheten til hva psykoterapi kan *bli*.

Å MØTE DET FORSKJELLIGE

Den tradisjonelle forståelsen av «forskjell» innen filosofien er at forskjell er noe som oppstår når objekter, hendelser eller fenomener sammenliknes. Når vi sammenlikner for eksempel en kopp og en penn, trer forskjeller mellom de to fram. Vi kan si at identiteten til objektene som sammenliknes, blir det primære. Forskjellen blir noe passivt og sekundært som gis av sammenlikningen. Tenk deg i stedet om de som ikke får hjelp av en metode, ikke er forskjellige sammenliknet med andre pasienter, men er det som kan kalles *forskjell-i-seg-selv* («difference-in-itself»), et begrep hentet fra den franske filosofen Gilles Deleuze (1994). I stedet for det liknende, det med samme identitet, gjør vi forskjell til det primære utgangspunkt. Forskjell-i-seg-selv som det fremmede, det radikalt nye, der hvor vi ikke lenger kan anvende det vi vet, det som er dominerende og akseptert som forståelse og praksis. Dette blir startsted for noe blivende, for måter å gjøre terapi på som ingen har gjort tidligere, og som kan gis navn og identitet som en ny arbeidsmåte. Målet blir å finne en leveverdig og nyttig terapi for den vi står overfor.

Da jeg jobbet ved en familieenhet innenfor BUPA (Sundet, 2016), erfarte jeg at i møte med familier som ikke har fått hjelp av tidligere behandlingsforsøk, er det avgjørende å se etter det vi ikke forstår. Familiens «nei» eller nøling til det vi foreslår av mulige måter å arbeide på, er av særlig viktighet. I stedet for en ja-orientering kan vi her snakke om en nei-orientering. Vi får vite hva vi ikke bør gjøre, men ikke hva vi bør gjøre. Pasientens nei eller nøling er en invitasjon til heller å starte et utforskningsarbeid omkring hva som kunne være til hjelp. Invitasjonen til utforskning innebærer å tillate seg å eksperimentere og å la resultatene av eksperimentene inngå i en samarbeidsprosess som kan kalles «å lage terapi sammen» (McLeod & Sundet, 2022).

I dette arbeidet er vi ikke avhengig av på forhånd fastlagt teori. I stedet kan vi teoretisere sammen med familien, om hva som skjer i deres liv og i terapien, for slik å utvikle hjelpsomme praksiser. Å teoretisere innebærer ikke at vi tenker innenfor en eksisterende teori, men heller drøfter oss fram til mulige sammenhenger og forståelser, og hva dette kan innebære for hvordan en klient lever sitt liv og forholder seg til sine vansker og utfordringer (McLeod,

2018). Materialet vi kan ta i bruk, er formell psykologisk teori, men også myter, slik den kontekstuelle modell inviterer til. Hvordan en slik terapi vil se ut, bestemmes hele tiden underveis i arbeidet. Behandlingsplaner kan inngå i dette, men vil være tentative og under kontinuerlig forandring gitt tilbakemeldinger fra pasienten. I dette arbeidet står praksisbasert evidens og bruk av tilbakemelding om prosess og utfall sentralt (McLeod & Sundet, 2022). Når det gjelder bruk av standardiserte tilbakemeldingsskjema, gir disse aldri endelige svar. De må regnes som samtaleverktøy. Det er i selve samtalen vi kan trekke konklusjoner om prosess og utfall (Sundet, 2012).

HVOR GÅR VI?

Jeg startet med at som en eldre mann ser jeg store forandringer i vårt samfunn. Jeg har blitt mer og mer oppmerksom på hvor mye jeg har stått overfor, og følt disse endringene på kroppen, i møte med det ukjente og fremmede. For meg peker både personlige erfaringer og erfaringer som psykolog på at livet er en prosess som er preget av det blivende. Hele tiden står vi overfor muligheten til å møte noe forskjellig, det fremmede. Hva psykoterapi kan bli for personen vi møter i det konkrete møtet, vet vi ikke. Vi forlater teoriens trygge havn og beveger oss ut i det ukjente. Terapeuten kan omtales som en veifarende, en vandrer og nomade som tar i bruk det terapeuten møter på sin vei sammen med klienten/pasienten. Det vi møter, det materialet vi arbeider med, de tanker, følelser og handlinger som alle involverte bringer inn i samarbeidet, gir muligheter og hindringer. Det terapeutiske arbeidet innebærer å forholde oss til disse realitetene og lage en terapi sammen som er passende og hjelpsom for den hjelpesøkende. Terapi kan alltid bli noe det aldri har vært før. Det gir meg håp og optimisme, fordi vi nærmer oss et mangfold som tar vare på både de som får og ikke får hjelp av teorispesifikke metoder.

MOT ET MANGFOLD AV METAMODELLER

I dette fagessayet har jeg understreket møtet med det fremmede, det som ikke er begrepsatt i et formelt terapipråk. Det betyr ikke at jeg avviser et slikt terapipråk. Men det vil være under kontinuerlig utvikling, og det er situasjoner der vi må klare oss uten. Metamodellene i dagens måte å definere psykoterapi på er



Terapi kan alltid bli noe det aldri har vært før



den medisinske og den kontekstuelle modellen (Wampold, 2001). Begge er knyttet til å ha et eller annet rasjonale som forklarer både hvordan problem og lidelse oppstår, og hvordan disse kan løses og helbredes. Modellene er nyttige i praksis. For å sikre et reelt mangfold av metoder og praksisformer ønsker jeg å legge til en metamodel som er en modifisering av en modell formulert av Grenness (2000). Denne benevner jeg som «samarbeidsmodellen»:

Psykoterapi utgjør et individuelt og særegent forløp som danner en sammensetning av klienten(e)s og terapeut(ene)s ideer som kan, men ikke nødvendigvis må, resultere i en ny lokal teori med forklarende og forutseende gyldighet for den spesifikke klientens situasjon. Terapi utgjør en felles utvikling for klient(ene) og terapeut(ene) som fører til en framvoksende virkelighet bestående av følgende faktorer: 1) å skape rom for klientens og terapeutens bruk av egne ressurser og kunnskaper, 2) å sikre klientens positive opplevelse av alliansen med terapeutene, og 3) å styrke klientens referanseramme eller endringsteori.

Den medisinske modellen, den kontekstuelle modellen og samarbeidsmodellen tar vare på forskjellige deler av den virkeligheten vi som psykologer er en del av. Sammen inviterer de tre modellene til å kunne møte det mangfold av måter som psykisk lidelse og problem oppstår og trer fram på. Jeg vil understreke at modeller kun er mulige kart som kan hjelpe oss med å orientere oss i virkeligheten. De er aldri et *bilde* av virkeligheten. Kompleksiteten terapeuter står overfor, pekes ut både av det teorispesifikke og ikke-teoretiserte, det biologiske (den medisinske modellen), det psykologiske og sosiale (den kontekstuelle modellen) og det uforutsette og fremmede (samarbeidsmodellen). Det er ingen motsetninger her, bare forskjeller, som vil kunne hjelpe oss i praksis. Samarbeidsmodellen beskriver psykoterapi som en praksis med åpenhet for det blivende. Den er en viktig utvidelse, og inngir håp og mulighet for et likeverdig psykisk helsevern. Sett fra et slikt perspektiv kan psykologen spille en viktig avgjørende rolle. ✕

REFERANSER

- Deleuze, G. (1994). *Difference and repetition*. Bloomsbury Academic.
- Grenness, C.E. (2000). *Evolusjonsrealisme* [Upublisert manus]. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Høstmælingen, A. (2023). Behandlingsmetoders rolle i evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(3), 142–150. <https://doi.org/10.52734/z236YHd9>
- Kennair, L.E., Aarre, T.F., Kennair, T.W. & Bugge, P. (2002). Evidence-based mental health – The scientific foundation of clinical psychology and psychiatry. *Scipolicy – The Journal of Science and Health Policy*, 2(1), 1–300.
- McLeod, J. (2018). *Pluralistic therapy. Distinctive features*. Routledge.
- McLeod, J. & Sundet, R. (2022). Psychotherapy as making. *Frontiers in Psychology*, 13(1048665). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1048665>
- Schancke, E. & Hagen, R. (2023). Det viktige mangfoldet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(12), 766–767. <https://psykologtidsskriftet.no/fragjesteredaktorene/2023/12/det-viktige-mangfoldet>
- Spilde, I. & Jakobsen, S.E. (2023, 6. september). Forskerne aner ikke hvorfor noen blir bedre av å gå i terapi. *Forskning.no*. <https://www.forskning.no/helse-psykisk-helse-psykiske-lidelser/kan-pasienter-bli-like-friske-av-a-snakke-med-en-som-ikke-er-psykolog/2236238>
- Sundet, R. (2012). Therapist perspectives on the use of feedback on process and outcome: Patient-focused research in practice. *Canadian Psychology*, 53(2), 122–130. <https://doi.org/10.1037/a0027776>
- Sundet, R. (2016). Forskning på lokal praksis i psykisk helsevern for barn og unge. Del I: En familiebasert praksis. *Fokus på familien*, 44(1), 45–66. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2016-01-05>
- Tidsskrift for Norsk psykologforening. (2023a). 50 år med deling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(10), 539–578.
- Tidsskrift for Norsk psykologforening. (2023b). Veier til endring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(12), 76–873.
- Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. Lawrence Erlbaum Associates.

Frustrasjon som betingelse for vekst

En barneoppdragelse preget av å unngå at barnet blir frustrert, frarøver barnet sentrale utviklingspsykologiske erfaringer.

En del foreldre og omsorgspersoner søker råd og veiledning for å bli tryggere i situasjoner der de stiller krav og setter grenser for barna sine. Et spørsmål de ofte tar opp, er hvordan de kan møte barnets protest, motvilje og frustrasjon på en god måte. Et annet vanlig spørsmål handler om hvordan omsorgspersonen skal håndtere sin *egen* frustrasjon. Både barnets og den voksnes frustrasjon kan være ubehagelig og oppfattes som noe negativt. Jeg vil utfordre denne oppfatningen og vise til frustrasjonens viktige rolle for barns psykologiske utvikling.

Vi lever i en tid hvor det å ta barns følelser på alvor står høyt på dagsordenen. Begreper som emosjonell inntoning og validering av følelser har befestet sin plass i barneoppdragelsen. Dette er uten tvil svært viktig for barns utvikling. På den andre siden har betydningen av å stille krav, sette grenser og ikke minst å utfordre de unges tankesett kommet mer i skyggen. Frustrasjon som en nødvendighet for vekst står ikke like høyt i kurs.

Frustrasjon betyr først og fremst at noe er frustrerende, men ikke nødvendigvis galt. For eksempel kan det at barnet ikke får lov til å

spise is rett før middagen, være frustrerende for barnet, men ikke galt. Et viktig psykologisk mål for alle barn er å utvikle evnen til å hankses med motgang i livet. Det å ikke få viljen sin, måtte vente på tur eller tape i spill er noen av livets unngåelige situasjoner. De rører ved vår sårbarhet og vekker frustrasjon. Og frustrasjon har en viktig rolle her. Den setter oss i bevegelse. Som en naturlig indre pådriver presser den frem en søken etter løsning: Enten forsøker vi å endre situasjonen rundt oss, eller så endrer vi noe i oss selv. På den måten er frustrasjonen ofte en drivkraft for psykologisk vekst. Tolker vi derimot all frustrasjon som tegn på at noe er galt, vil barneoppdragelsen bære preg av å unngå alt som kan vekke den. Som en konsekvens vil barnet frarøves viktige utviklingspsykologiske erfaringer.

I det følgende vil jeg vise til tre typiske hverdagssituasjoner der frustrasjon spiller en nøkkelrolle i barns utvikling: a) når barnet må klare seg selv, b) når barnet ikke får viljen sin, og c) når barnet blir speilet med de voksnes frustrasjon. Jeg har beskrevet en fjerde situasjon i en tidligere tekst som handler om betydningen av å oppleve at andre er uenig med en

TEKST Zemir Popovac

KONTAKT zemir@favne.no

MERKNAD Teksten er basert på og en utvidelse av en kronikk i Psykologtidsskriftet mars 2024





Et viktig psykologisk mål for alle barn er å utvikle evnen til å hansk med motgang i livet

(Popovac, 2024). Avslutningsvis i denne teksten skal jeg vise til forholdet mellom frustrasjon og traumesensitiv omsorg. Jeg starter hver av disse sekvensene med en kort kasuistikk.

Å MÅTTE KLARE SEG SELV

Martin er fire år gammel og er vant med at mor leser for ham hver kveld når han skal legge seg. De har sine faste rutiner med å bytte til pysj, pusse tenner og at mor leser. Martin lukker øynene, lytter til mors myke stemme og hører hvordan hun innimellom blar over til neste side. Innimellom titter han opp og ser med interesse på noen av de fargerike bildene i boken. En kveld, rett før mor skal sette seg ved sengekanten, roper Martins storebror fra kjøkkenet. Han trenger hjelp. Mor sier: «Jeg kommer straks tilbake, skal bare hjelpe storebror.» Martin blir liggende alene på rommet. Nattpampa er på, og døren er åpen. Han hører mamma prate med storebror, men kjenner på en liten uro. «Kommer hun ikke snart?» Han lytter for å skjønne hva som skjer. Det drøyer, og uroen stiger. Martin titter på nattbordet og ser boken som mor pleier å lese fra. Han tar boken, setter seg opp i sengen og begynner å bla. Han ser på bildene og hører den kjente lyden av sidene mens han blar. Han kjenner seg roligere. Like etter kommer mor inn, hun smiler når hun ser ham, og sier: «Fine gutten min.» Kohut (1981).

En rørende scene. Lille Martin mestrer fraværet av mor og den stigende uroen ved å gjøre det samme som mor pleier å gjøre sammen med ham – han tar opp boken og blar i den. Her er det ikke snakk om imitasjon, som ville vært å herme etter mor mens hun var til stede, men snarere om *internalisering*. En del av mors praksis, atferden hennes, har befestet seg i Martin. Noe fra den ytre verden (mors atferd) er blitt til en del av guttens indre verden. Den ytre relasjonen har tatt plass i guttens indre, som en indre objektrelasjon. Den «ytre» mor er fraværende, men den indre mor har trådt frem. De sanselige opplevelsene (synet av illustrasjonene i boken og lyden av sidene mens Martin selv blar) forsterker opplevelsen av mors tilstedeværelse. Hun er ikke til stede, men samtidig så er hun det – i gutten.

Men her dreier det seg ikke bare om internalisering. Når internaliserte tas i bruk, skjer det også en *konsolidering*. Martin håndterer den påkrevde situasjonen på samme måte som mor

gjorde. Heinz Kohut (1971) kalte dette for «transmuting internalization» (forvandlende internalisering). Å internalisere betyr altså å ta inn i seg noe som hører til den ytre verden. For dette kreves det eksponering. Martin må eksponeres for den fysiske omsorgspersonen, i dette tilfellet mor. Han må se og erfare hennes atferd, myke stemme, kjærlige blick og ro – for å «ta henne inn». Men dette er ikke nok. En mor som alltid (i all evighet) er der og leser for ham, vil ikke være nok for Martins vekst. For å vokse kreves også frustrasjon. Mor må først finnes (i tilstrekkelig grad), og så må hun ikke finnes. Det er i fraværet av mor at Martin blir presset til å ta i bruk den internaliserte relasjonelle erfaringen og gjøre det internaliserte til sin egen mestringsstrategi. For å få til dette er han avhengig av det indre trykket, den stigende uroen, frustrasjonen – «kommer ikke mor snart». Det er den som får ham i gang, og som presser frem en tilpasning, en handling og dermed vekst.

Hvordan vet mor at Martin vil takle å bli overlatt til seg selv mens hun hjelper storebror? Og hvordan vet hun at den støtten hun gir ham ved å si «jeg kommer straks tilbake», vil være nok? Svaret er at hun både vet og ikke vet. Hadde Martin vært ett år gammel, ville mor kanskje sagt til storebror at «du må vente, jeg legger Martin, gå og spør pappa». Eller så ville hun tatt med seg den ett år gamle Martin inn på kjøkkenet hvis storebror virkelig måtte hjelpes og var alene. Men den fire år gamle Martin blir overlatt til seg selv. Mor kjenner jo gutten sin. Samtidig tar hun en sjanse. Han kan ha hatt en dårlig dag i barnehagen, eller brygget på en forkjølelse som gjorde ham ekstra sårbar akkurat denne kvelden. Kan hende at han da ville gått etter mor til kjøkkenet for å søke henne opp, eller ropt etter henne fra rommet sitt. I så fall ville han vist at han fortsatt var avhengig av mors fysiske tilstedeværelse for å roe seg ned. Dette ville ikke vært uvanlig for en fireåring. Men hva hvis han hadde begynt å gråte, eller tisse på seg, som ville vært en mer regressiv mestringsstrategi? En sensitiv mor ville trøstet ham og ufarliggjort det som hadde skjedd så fort hun var tilbake, og ikke kjeftet på ham. En trøst i en slik situasjon bringer også livet videre. Mor, på lik linje med terapeuter, må ta noen sjanser. Vi kan ikke alltid vite, men vi kan reparere og prøve på nytt.

Frustrasjonen som Martin opplever, er optimal. Den er hverken for stor (den overvelder

ham ikke) eller for liten (han kjeder seg ikke, men må finne en løsning). Den er også nødvendig for å ta i bruk internaliserte erfaringer og utvikle mestringssevner (Kohut, 1971).

La oss gå til neste typiske situasjon som kan vekke utviklingsfremmende frustrasjon, nemlig å ikke få viljen sin.

Å IKKE FÅ VILJEN SIN

Simen er fem år gammel og spør: «Pappa, kan jeg få is?» «Det kan du få etter at vi har spist middag», svarer pappa. «Ååååh... Jeg vil ha den nå ...»

I kraft av å være voksen (mer kompetent enn barnet) vil man gjerne vite at barnets ønsker og behov ikke alltid samsvarer. Asymmetrien i relasjonen forplikter den voksne til å gi barnet det barnet trenger, og ikke nødvendigvis det barnet selv ønsker (Vetlesen & Foros, 2015). Vi snakker naturligvis ikke om unntak i enkeltstående situasjoner, men mer om mønstre i relasjonen.

Når Simen får is etter middag, vil han oppleve at far holder ord. Neste gang han spør og får det samme svaret, har tilliten til at far holder ord, økt. Opplevelsen fra *fortiden* vil kunne virke som en garanti eller et varsel for det som vil skje i *fremtiden*. Lysten på is i *nåtiden* kan dermed bli lettere å holde ut. Slike erfaringer styrker barnets evne til behovsutsettelse og til å erfare tid som en historisk og sammenhengende dimensjon. Fortid, nåtid og fremtid henger sammen (Larsen, 2022). Sjansen for at barnet vil utvikle en autoplastisk type personlighet øker. Det vil si en personlighet som evner å tilpasse seg omverdenen istedenfor å presse på for at verden skal tilpasse seg en selv (Alexander, 1930).

Far kan likevel gå i et par fallgruver her. Den ene er å mistolke Simens «Ååååh... Jeg vil ha den nå ...» som manglende respekt. Da kan far bli unødvendig streng for å vise at det er han som bestemmer. Strengheten blir da ikke for Simens skyld, men for å gjenreise fars sårede selvfølelse. Men Simens frustrasjon trenger ikke å ha noe med manglende respekt å gjøre. Den kan være en naturlig reaksjon på det å ikke få viljen sin. Det er kanskje nettopp det at Simen er trygg på far, at han klarer å vise frustrasjonen sin. Og dette er noe vi ønsker. Vi vil at barn skal knytte følelser til viljen sin, at de skal bli skuffet, irriterte eller protestere når de ikke får det som de vil. De skal ikke straffes for det.

Det ligger en vitalitet i frustrasjonen. Vi skal ikke underkue den, men heller ikke la den styre verden. Frustrasjonen er en del av den normalpsykologiske utviklingen (Popovac, 2024).

Den andre fallgraven er å regelmessig gi etter for Simens frustrasjon. Det er selvfølgelig uproblematisk å unntaksvis la barnet få viljen sin i stedet for å gjøre det som ville vært «mer riktig». Men om årsaken for unntaket ligger i at far ikke klarer å holde ut Simens frustrasjon og dette gjentar seg som en del av et mønster, vil Simen oppleve at frustrasjonen hans trumfer den ytre verden. Slike erfaringer vil kunne gi ham en uheldig opplevelse av omnipotens – allmektighet. «Verden føyer seg etter mine følelser.» Dette kan bane vei for utvikling av en alloplastisk type personlighet. Det vil si en personlighet der barnet – i mangel av å kunne tilpasse seg ytre krav – krever at den ytre verden endrer seg etter barnets vilje (Alexander, 1930).

Frustrasjonen som kan oppstå når barnet ikke får viljen sin, er svært viktig. Barnet må nemlig erfare den som noe som ikke får verden til å kollapse, ikke fører til straff eller avvisning eller på andre måter truer barnets relasjon til omsorgspersoner. Det er da frustrasjonen er utviklingsfremmende.

Betyr dette at omsorgspersonen aldri skal bli sint på barnet? At vi skal være større, sterkere, klokere og snille, men ikke sinte? Neste eksempel viser en typisk situasjon der omsorgspersonens sinne kan ha en viktig betydning for barnets psykologiske utvikling.

MØTET MED DEN VOKSNES FRUSTRASJON

Petter på sju og Kim på fire år sitter sammen med foreldrene sine og spiser middag. Petter erter Kim med å kalle ham «pingle». Kim svarer «Slutt, da», hvorpå Petter gjentar, nå med en tilgjort og barnslig stemme: «Åååå slutt, da – pingle.» Om du var en av foreldrene, hva ville du sagt her, og hvordan ville du sagt det? Her har du tre alternativer:

1. Du sier ingenting, men lar guttene ordne opp seg imellom og lar Kim stå opp for seg selv.
2. Du forklarer med rolig stemme: «Det er ikke pent å erte.»
3. Du hever stemmen og sier: «Det er nok nå!»

Alle alternativene har noe for seg. Vi kjenner ikke den øvrige konteksten og forhistorien til situasjonen, så det er vanskelig å argumentere



Det ligger en vitalitet i frustrasjonen



for at det ene alternativet er mer riktig enn de andre. Men tenk deg at Petter fortsetter med ertingen. Hvor mange ganger må han erte lillebror før du griper inn med mer kraft i stemmen og sier «nå er det nok!»? De fleste av oss har en grense, og den grensen trenger barn å møte.

For at en norm skal læres, må den nemlig også erfares. Mening blir ikke skapt i et vakuum, men ofte i kjølvannet av en erfaring. Barnet må altså erfare at en grense er overskredet, fremfor kun å forstå at grensen finnes. For eksempel etter at far har sagt ti ganger «det er ikke pent å erte», vil han kanskje den ellefte gangen heve stemmen. Han snakker da ikke bare til barnets forståelse (forenklet sagt – prefrontal cortex), men aktiverer større deler av nervesystemet til barnet (amygdala og orbitofrontal cortex). Tilknypningssystemet vil bli aktivert. Dette handler ikke om å skremme barnet til lydighet. Aktivering betyr ikke et varsel om straff eller avvisning, men markerer en grenseoverskridelse.

Å bli sint på barnet er altså ikke truende for barnets utvikling i seg selv. Det som er truende, er å miste empatisk interesse for barnet. Dette kan få ulike uttrykk, som at omsorgspersonen tror at barnet er ondt eller utelukkende manipulerende og løgnaktig. Slike antagelser er oftere et uttrykk for den voksnes svekkede evne til å mentalisere enn at de er reelle karakteristikk ved barnets personlighet. I slike tilfeller møter ikke barnet bare de sinte følelsene til den voksne, men blir også speilet i den voksnes negative oppfatning av barnet. Barn finner seg selv i de andres blikk (Winnicott, 1971). Så når man har hevet stemmen overfor barnet – som noen ganger er nødvendig – er bare halve jobben gjort. Den andre delen handler om å gjenvinne empatisk interesse for barnet og vise at sinnet ikke betyr tap av kjærlighet.

Noen ganger hever vi stemmen, men barnet vil fortsatt ikke høre etter. Skal vi da heve stemmen enda mer? Hvor går grensen? Barneoppdragelse handler ikke bare om å hjelpe barnet med å håndtere frustrasjonen sin, men også om omsorgspersonens evne til å utstå sin egen frustrasjon. Her skal vi se på nok et eksempel som involverer en del frustrasjon for partene.

TENÅRING: FRUSTRASJON OG AUTONOMI

«Plukk opp sokkene fra gulvet!» sier mor.
«Ahh... Må du mase så ...!? Herregud ...», svarer 16-åringen.

Det er to typiske fallgruver denne mammaen kan havne i. Den ene er å abdisere. Etter å ha «mast» om sokkene nærmest daglig uten at tenåringen plukker dem opp, kan hun komme til å tenke at det ikke nytter, at det er like greit å la være si ifra. Kanskje hun til og med tenker i sitt stille sinn «lykke til med den du skal bo sammen med en dag».

Den andre fallgraven er å legge altfor mye press på tenåringen for å få til en endring – «nå kan du bare glemme å gå ut, få lommepenger eller ha venner på besøk før sokkene er oppe av gulvet». Det behøver ikke alltid å være noe galt i dette. Som foreldre flest tenker kanskje mor at hun først er i mål når ungen gjør som hun sier. Dette er en ambisiøs målestokk. De unge kan ha mange grunner til ikke å gjøre som vi sier. En av dem er autonomi. Ulydighet er nemlig en del av normalpsykologisk utvikling. Men vi skal ikke la være å si fra av den grunn. Jobben er gjort – ikke når tenåringen plukker opp sokkene – men når den voksne har sagt ifra. Barneoppdragelse er en investering som gjerne gir avkastning langt frem i tid.

Som foreldre er vi også nødt til å se enkelt hendelser i et større bilde. Sokkene på gulvet *kan* være et uttrykk for den unges ubevisste autonomikamp. Men ikke alt i hverdagen handler nødvendigvis om kamp. Om kvelden kan kanskje tenåringen spørre mor om hun har lyst på en kopp te, eller om de skal se på en ny serie på Netflix. Ulydighet, opposisjon og reparasjon går ofte i syklus. Barn trenger oss til å gjøre dem frustrerte med normer – både for å gi dem en retning i utviklingen og for at de skal kunne øve opp sin egen autonomi. Det er viktig at vi ikke abdiserer, til tross for følelsen av maktesløshet. Og det er like viktig at vi ikke gjør «kampen om sokkene» til en kamp som må vinnes i dag. Du «maser», og tenåringen klager – og verden er i perfekt balanse. Alt er som det skal være. Dette er optimal frustrering.

OPTIMAL FRUSTRASJON VS. TRAUMATISERING

Når jeg holder kurs om «optimal frustrasjon», hender det at jeg får spørsmål om traumatiserte barn – hvordan sette grenser og stille krav, men unngå retraumatisering? Barn som har opplevd traumer, trenger også å bli utfordret med krav og grenser for at de skal utvikle seg. Traumesensitiv omsorg betyr ikke fravær av frustrasjon. Når barnet utfordres med en grense, vil

man som regel kunne se en situasjonsbetinget frustrasjon. Det vil si at barnet er frustrert i den gitte situasjonen, men har i andre situasjoner et uendret funksjonsnivå. For eksempel kunne 12 år gamle Mia krangle masse om at internettet ble slått av ved leggetid. Hun fulgte likevel opp skolen, vennene sine og ridetimen i stallet. Den avgrensede situasjonsbetingede frustrasjonen svekket ikke den øvrige fungeringen og utviklingen hennes. Avgrensede kamper kan som nevnt bære bud om autonomi og vekst.

Til forskjell fra optimal frustrasjon vil overveldelse og retraumatisering komme til uttrykk som en regresjon på flere funksjonsområder. Som da Mia fikk krav om flere skoletimer og samtidig flere nye lærere. Da kom også funksjonsfallet. I løpet av to uker mistet hun matlyst, begynte å forsømme hygiene og droppet til og med ridetimen. Skillet mellom optimal frustrasjon og overveldelse vises nettopp gjennom situasjonsbetinget (avgrenset) frustrasjon på den ene siden og en mer gjennomgående regresjon på den andre.

Krav og grenser trengs ikke bare for å stimulere vekst gjennom optimal frustrasjon. Krav og grenser gir også en opplevelse av trygghet. Det vil si at bortfall av krav vil kunne minske barnets umiddelbare frustrasjon (når barnet får viljen sin), men vil også kunne øke barnets underliggende utrygghet. Derfor er det viktig at traumesensitiv omsorg også innebærer nødvendig frustrering med krav og grenser. Følgende eksempel illustrerer dette:

En av de faste rutinene på institusjonen er å spise frokost sammen på morgenen. Hver morgen blir Sander vekket til frokost, men nekter å stå opp. I frustrasjon ber han personalet komme seg vekk, i litt ulike ordelag fra gang til gang. Men budskapet er det samme: «La meg være i fred!» Personalet opprettholder invitasjonen, og gjentar det samme hver morgen. De inviterer ham, og han avviser. Men en dag glemmer personalet å vekke ham. Det går noen få minutter, og så tikker det inn en tekstmelding på personalets telefon. Det er Sander som skriver: «Er det ikke frokost i dag???»

Krav er frustrerende, men bortfall av krav kan være angstprovoserende. Vi er allerede «i mål» som omsorgspersoner når vi klarer å opprettholde normene våre (for eksempel når vi sier ifra om sokkene, internett, frokost osv.), og når vi klarer å ivareta den empatiske interessen for barnet – og ikke først når barnet gjør som vi sier.

VOKSNES SINNE OG TRAUMEUTSATTE BARN

Et annet spørsmål jeg får om frustrasjon og traumatiserte barn, handler om de voksnes sinne. Må barna skånes for dette? Speiling der de voksne viser sinte følelser er viktig for psykologisk utvikling – også for traumeutsatte barn. Traumesensitivitet betyr ikke at barna aldri mer skal eksponeres for sinne, men at de må oppleve og erfare at sinnet ikke fører til vold. Altså må vi frakoble sinnet fra barnets angstreaksjon. Det er dette som er korrigerende emosjonell erfaring: ikke å unngå sinne, men å erfare det som ufarlig og viktig for sunn selvhendelse og ivaretagelse av grenser.

Her er et eksempel. Ali er 14 år gammel og har vokst opp med vold i hjemmet. Nå bor han på barneverninstitusjon. Han tåler dårlig å bli satt grenser for og får voldsomme utbrudd når noen sier nei, når han taper i spill eller blir motsagt. Han har svak toleranse for følelser som vekkes i motgang. En morgen kommer han inn på kjøkkenet og sier hånlig til miljøterapeuten Mari: «Faen, feit du er!» Mari svarer, instinktivt og med kraft i stemmen: «Det der er ikke greit, Ali!» Han stopper opp, litt satt ut, men uten å bli sint denne gangen. Og han svelger.

Han svelger (kanskje svelger han sinne?), men utagerer ikke. Han har vanligvis utagert i situasjoner hvor andre sier ifra, men ikke denne gangen. Kanskje svelgingen også er et uttrykk for skyld, anger eller en form for angst og ubehag? Vi kan tolke dette som et tegn på en gryende evne til å tåle dysforisk affekt. Når han svelger, betyr det også at budskapet er mottatt. Mari trenger ikke å «øke» affekten ved å moralisere og si: «Slik kan du ikke snakke til mennesker.» I stedet kan hun gå over til det vi sier er «den andre halvdel av jobben etter å ha hevet stemmen», nemlig å vise at relasjonen ikke er ødelagt. Det kan hun for eksempel gjøre ved å si «fint, kom så skal du se hva jeg lager til frokost» og tåle hvis han skulle si «gidder ikke». For jobben hennes er allerede gjort – hun har sagt ifra med frustrasjon og bestemthet i stemmen, og han har tatt imot. Korrigerende emosjonell erfaring handler ikke om aldri å skulle bli sint på Ali, men å la ham erfare at sinne ikke betyr vold, avvisning eller tap av kjærlighet.

For å kunne tåle dette er Ali selvfølgelig avhengig av å ha blitt trygg på Mari, men også at hun trer frem som et autonomt menneske med sine egne grenser. At hun sier ifra med kraft i stemmen, er ikke uten betydning. Det



Det som er truende, er å miste empatiske interesse for barnet



er nettopp følelsene hennes i stemmen som når frem til ham – det er disse han må lære seg å tåle. Utvikling og vekst handler om mer enn å forstå normer (som når vi sier med rolig stemme «det er ikke pent å erte»). Det handler også om å utvikle evnen til å tåle sin egen og andres frustrasjon. Veien dit går ikke via forståelse, men via erfaring.

UTVIKLINGSPSYKOLOGISKE ERFARINGER

Frustrasjon er en unngåelig og naturlig del av det å vokse. Barnet lærer gjennom erfaring at frustrasjon er ubehagelig, men ikke farlig. Den truer ikke kjærligheten og relasjonen til andre. Å oppleve at verden ikke kollapser i møte med frustrasjon, og at den er til å holde ut, er en viktig utviklingspsykologisk erfaring for barnet.

Frustrasjonen kan også gjøre seg gjeldende når vi validerer barns følelser. Å validere følelser betyr å anerkjenne dem, men ikke nødvendigvis å likestille dem med virkeligheten. Å høre «ikke alt er slik du føler at det er», kan være frustrerende, men igjen – nødvendig for å utvikle evnen til mentalisering. Å kunne skille mellom egne og andres intensjoner, tanker og følelser er med på å styrke barnets evne til sunn selvhevdelse og til å kunne tåle uenighet uten å oppleve seg krenket (Popovac, 2024).

Frustrasjonen må til for at barnet skal erfare at det kan takle ulike situasjoner, ikke bare ved at verden tilpasser seg barnet, men ved at barnet også kan tilpasse seg verden – endring kan skje på innsiden. Dette bidrar til at barn utvikler en mer autoplastisk (tilpasningsdyktig) personlighet (som Martin, som tar opp boken ved leggetid). Barnet får også økt evne til behovsutsettelse og til å oppleve tid som en historisk dimensjon (forutsigbarhet og sammenheng mellom fortid, nåtid og fremtid, og økt tillit til omverdenen, som i eksempelet med Simen og is). Ikke minst bidrar optimal frustrasjon til at barnet kan utvikle et mer sammenhengende selv: «Jeg er den samme og har den samme verdi – er elsket – på tvers av situasjoner og uavhengig av følelsene mine.»

Barn som opplever at de voksne abdiserer i møte med frustrasjonen deres eller gjør alt for å unngå den, vil derimot erfare at følelsene er sterkere enn den ytre verden. Å oppleve at verden alltid gir etter for barnets frustrasjon, gjør ikke barnet lykkelig på sikt, men utrygt, skjørt og tyranniserende overfor omgivelsene. Hvis frustrasjon utelukkende oppleves som et

tegn på at noe utenfor en selv er galt, vil barnet legge press på den ytre verden for å få den til å endre seg. Her er det barnets følelser som definerer virkeligheten. Istedenfor å utvikle historisk tidsopplevelse, der fortid, nåtid og fremtid henger sammen uavhengig av barnets følelser, vil tid oppleves som kaotisk og situasjonsbetenget. Dette kan også skape vansker med behovsutsettelse – «jeg må få viljen min her og nå fordi fremtiden er upålitelig».

Vi avslutter der vi startet. Maktesløshet, usikkerhet og fortvilelse er noe som hører til foreldrerollen. Det samme gjør sinne og frustrasjon – det første som et sterkere uttrykk for det andre. Vi blir ikke kvitt disse uansett hvor mye foreldreveiledning vi får. Kunsten ligger i å kunne være maktesløs uten å abdisere, og å være sint uten å omsette sinnet til vold, straff eller avvisning. Dette er de ytre grensene for foreldrenes bevegelsesfrihet. Når vi er innenfor disse grensene, er vi godt på vei. Det er mange måter å være en god omsorgsperson på. Det gjelder for foreldre som for terapeuter – vi må validere, men også frustrere. Og de gangene vi bommer, kan vi reparere og prøve på nytt. ✕

REFERANSER

- Alexander, F. (1930). The Neurotic Character. *International Journal of Psychoanalysis*, 11, 292–311.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. Chicago University Press.
- Kohut, H. (1981). *Kohut's final speech: «Reflections on Empathy»*. Self Psychology conference in Berkeley, California.
- Larsen, E. (2022). *Miljøterapi med barn og unge – organisasjonen som terapeut*. Universitetsforlaget.
- Popovac, Z. (2024). Validering på avveie. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(4), 254–257. <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2024/03/validering-pa-avveie>
- Vetlesen, A.J. & Foros, P.B. (2015). *Angsten for oppdragelse*. Universitetsforlaget.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock.



Bård Bertelsen



Marianne Therese Smogeli Holter



Tore Dag Bøe

Vil erstatte diagnoser og den medisinske modellen

Det nye Makt-trussel-mening-rammeverket inviterer til en økt orientering mot sosiale og strukturelle forhold i forståelsen og behandlingen av psykiske lidelser.

PSYKISK SYKDOM ELLER diagnose passer begrepsmessig ikke inn i Makt-trussel-mening-rammeverket (MTMR). Her snakkes det erstatningsvis om emosjonell smerte og problematiske væremåter.

Marianne Therese Smogeli Holter, forsker ved Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo, er førsteforfatter av «Et alternativ til diagnoser for psykiske lidelser: Makt-trussel-mening-rammeverket», som omhandler nettopp hvordan MTMR kan forstås som et alternativ til dagens diagnostiske forståelsesramme.

STRUKTUR OG SOSIALE FORHOLD

– Det er et rammeverk som vektlegger sosiale og strukturelle forhold når man skal forklare utviklingen av emosjonell smerte, utfordrende atferd og uvanlige opplevelser.

Rammeverket oppstod som et initiativ fra den britiske psykologforeningen i 2018.

Holter utdyper videre:

– Hoveddokumentet oppsummerer mye av den kritikken som har vært rettet mot de etablerte diagnosesystemene og den underliggende og mer eller mindre implisitte biologiske modellen som forfatterne bak MTMR hevder at ligger under disse diagnosesystemene.

– Det er et rammeverk, det er ikke en metode, det er heller ikke et klart definert «sånn er det»

med to streker under svaret, men åpner opp for en annen konseptualisering av psykiske lidelser. Og dermed også hvordan vi kan forebygge det og hjelpe folk som har det vondt.

Medforfatterne Bård Bertelsen, psykologspesialist og førsteamanuensis i psykologi ved Institutt for psykososial helse ved Universitetet i Agder, og Tore Dag Bøe, sosionom og professor ved samme institutt, sier seg enige:

– Jeg tenker at MTMR både er et kampskrift og et rammeverk. Det handler om å tilby et annet perspektiv, en linse, hvor vi ser på feltet fra en helt annen vinkel, tilføyer Bertelsen.

IKKE MER ELLER MINDRE «SÅRBAR»

Holter forklarer videre at sårbarhets-stressmodellen sier at mennesker er mer eller mindre sårbare for å utvikle bestemte psykiske lidelser dersom de blir utsatt for en tilstrekkelig stor påkjenning, eller stress.

– MTMR representerer et ståsted der man ikke tenker at noen er mer eller mindre «sårbare» for å utvikle bestemte psykiske lidelser.

– Jo tyngre lidelser det er snakk om, jo mer inviterer konvensjonelle forståelsesrammer til å tenke at det er en biologisk sårbarhet som ligger til grunn. MTMR tillegger derimot det erfaringsmessige størst betydning, det er relasjoner og strukturer som forstås som det primære.

TEKST Nora Skjerdingsstad

Det betyr imidlertid ikke at biologien avskrives helt, man erfarer jo gjennom en kropp. Og smerten kommer til uttrykk gjennom en kropp. Men det er ikke kroppen som forårsaker en psykisk sykdom.

Et beinbrudd illustrerer det på en forenklet måte:

– Hvis en person bryter beinet, så vil jeg tro at personens beinstruktur er relevant for det beinbruddet, men man tenker ikke at det er beinstrukturen som er kausal. Det er det som skjedde med personen som fikk personen til å bryte beinet. På samme måte tenker jeg at MTMR sier at det er dine erfaringer vi er interessert i å forstå. Dette er fordi dine opplevelser driver din kontinuerlige forståelse av verden. Men selvfølgelig vil biologien ha spilt en rolle i hvordan du opplever og reagerer på det. Men det er ikke det vi er mest interessert i. Vi tror det er mer hensiktsmessig å ikke se på beinstrukturen, men hva som skjedde da du brakk beinet.

– *I denne metaforen kan vel også beinstrukturen sees på som en biologisk sårbarhet, for eksempel at du har porøs beinstruktur som gjør det mer sannsynlig å bryte beinet?*

– Det handler mer om hva man skal vektlegge, hva som er interessant og meningsfullt å se på.

INTERESSE I INDIVIDET

Bertelsen utdyper hva som ligger i vektleggingen:

– I konvensjonelle rammeverk er individuelle forskjeller en forutsetning. Det er det som skiller frisk fra syk. I MTMR tar man utgangspunkt i en form for grunnleggende likhet, og forstår forskjeller som resultat av at vi har erfart forskjellig. Forskjellene mellom MTMR og konvensjonelle systemer som ICD og DSM handler altså om ulik vektlegging av hvilke kunnskapsspor som anses som viktig å forfølge når vi skal prøve å forstå hvorfor et menneske strever i livet, og hva som kan være til hjelp.

Bøe sier at det som er tiltalende med rammeverket, er at det veldig tydelig etterspør hva som har skjedd med dem det gjelder, hvordan de har opplevd og forstått det som har skjedd, og hvordan de har respondert for å overleve:

– Det som innenfor de mest brukte diagnosesystemene blir oppfattet som sykdom eller symptomer, blir her forstått som personens responser for å overleve og for å klare seg når livsbetingelser blir truet.

Forfatterne uttaler videre at rammeverket allerede gir gjenklang i hvordan mange psykologer allerede arbeider terapeutisk. Holter utdyper:

– Rammeverket vil slik jeg forstår det, gi gjenklang i hvordan mange allerede jobber klinisk. Men det er en spenning mellom hvordan mange klinikere jobber, og den teoretiske underliggende modellen som preger helseadministrasjonen, som det kan tenkes at skaper en dissonans mellom det administrative og det kliniske arbeidet. Vi ønsker å gjøre MTMR mer kjent i den norske offentligheten fordi vi tror den kan være mer forenelig med måten mange psykologer jobber på i dag, og at det derfor er en mulighet for at det kan fungere bedre som teoretisk rammeverk.

FØRINGER FOR BEHANDLING

– Det er ingenting i rammeverket som sier noe om at en bestemt behandling er riktig eller ikke, men det åpner for en mer glidende overgang mellom hva som anses som hjelpende tiltak. For noen kan det være psykoterapi, for andre medisiner, for noen å delta i en aktivitet eller et verv. Tiltak blir sidestilt. Det er mange måter å få hjelp og mange ting man kan gjøre for at livet skal bli bedre, sier Bertelsen.

– *Hvordan ville hverdagen til en psykolog i spesialisthelsetjenesten sett ut innenfor dette rammeverket?*

– Noe som preger arbeidshverdagen i spesialisthelsetjenesten i dag, er at du må forholde deg til en rekke helseadministrative strukturer: pasientforløp, henvisninger, epikriser, oppsummeringer i team, og journalnotat. Det tenker jeg ville se annerledes ut, sier Bertelsen.

– *Hvordan da?*

– Hvis man åpnet for MTMR som en alternativ ramme for å strukturere klinisk arbeid og kommunikasjon med brukere og fagfolk, ville det innebære en forandring på den måten at det i mindre grad vil være standardiserte rammeverk som det enkeltes arbeid hele tiden må kalibreres eller justeres opp mot. Det vil være mer fokus på den enkelte sak, og mer vil handle om et samarbeid rundt livet til den enkelte.

Bøe legger til at det finnes utprøvinger av MTMR-orienterte behandlingstilnæringer.

– Det har blitt prøvd ut på sengeposter i psykiatrien, hvor man i personalgruppa jobber med den enkelte persons historie og bruker dette som utgangspunkt for en MTMR-inspirert kasusformulering.

Holter legger også til at det ville vært mindre søkelys på om man oppfyller diagnosekriterier.

ET NYTT HELSEVESEN?

Mange av rammeverkets forslag er radikale, for eksempel at diagnoser bør erstattes, men med hva?

– Rammeverket anerkjenner det behovet som diagnoser reflekterer i dag, at man grupperer noen problemområder, sier Holter.

Innenfor MTMR er det foreslått noen alternative kategoriseringer eller mønstre som oppsummerer litteratur på visse typer sosiale belastninger som kan føre til visse former for emosjonell smerte og trussel-responser.

Holter påpeker imidlertid at disse mønstrene ikke nødvendigvis er ment å skulle erstatte diagnoser direkte, fordi de er ment som mer foreløpige og ufullstendige. De er nyttige fordi de kan gjøre det mulig for noen å identifisere seg med opplevelser og reaksjoner andre har hatt, men det er også mulig å kjenne seg igjen i flere.

– Om disse mønstrene også vil kunne fungere i helseadministrativt arbeid, er noe man vil måtte drøfte seg frem til, og utarbeidelsen av mønstrene er et foreløpig og fortløpende arbeid. Siden utgivelsen av rammeverket er det allerede kommet til nye undermønstre på den britiske psykologforeningens nettsider, legger Holter til.

– *Hvordan ser dere for dere at MTMR kan få innflytelse i en norsk kontekst?*

– Hvilken rolle rammeverket kan få, avhengig av hvordan det tas i bruk, hvordan bruken av det erfares, og hvordan disse erfaringene blir formidlet. Om rammeverket i praksis legger bedre til rette for gode tjenester enn det de rammeverkene vi har i dag, gjør, er et stort spørsmål. For at vi som samfunn skal kunne ta stilling til det, kreves det at mange aktører deltar i samtalen. Det er opprettet et nettverk på Sørlandet med praktikere fra psykisk helsevern og kommunale tjenester som er interesserte i rammeverket. Det fungerer som et jevnlig forum der man drøfter erfaringer og rammeverket generelt, sier Bertelsen. ✕

PSYKOLOG I TELEMARK

Har du skrivesperre? Hjelpen er her.

Telemark lokalavdeling for Norsk psykologforening inviterer til skriveseminar for psykologer som ønsker å utarbeide eller ferdigstille et skriveprosjekt – enten det er for å publisere en artikkel i et tidsskrift eller en spesialistoppgave.

Katharine Cecilia Williams og **Gro Walø-Syversen** fra Psykologtidsskriftet og psykologspesialist og professor **Idun Røseth** (STHF) kommer.

Er du interessert? Bruk QR-koden for å melde deg på.



Pris 100 kr (inkluderer lunsj)

Program

09.00-11.30:

Oppstart og skriveseminar med undervisning og fokus på problemstilling

Pause med lunsj

12.30-15.00:

Workshop i mindre grupper for å utforme teksten

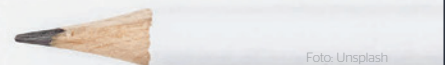


Foto: Unsplash

TID Lørdag 24. august **STED** Sykehuset Telemark, konferansesenter bygg 54 i Skien, møterom Vrangfoss

Et alternativ til diagnoser for psykiske lidelser: Makt-trussel-mening-rammeverket

Marianne Therese Smogeli Holter^{1,2}, Tore Dag Bøe³ og Bård Bertelsen³

Sammendrag

Artikkelen presenterer Makt-trussel-mening-rammeverket (MTMR), som ble lansert av en arbeidsgruppe under den engelske psykologforeningen i 2018 som et alternativ til tradisjonelle diagnostiske systemer som DSM og ICD. MTMR kritiserer konvensjonell diagnostikk for å være overforenklet og bygget på en implisitt antakelse om individuell sårbarhet som hovedårsak til psykiske problemer. I stedet fremhever MTMR betydningen av sosiale forhold og livshendelser i utviklingen av emosjonell smerte og psykiske vansker. Dette perspektivet innebærer å se på menneskers responser som forsøk på å håndtere trusler mot deres grunnleggende livsbetingelser, heller enn som symptomer på underliggende sykdommer. Rammeverket bygger både på en kritisk lesning av evidensgrunnlaget for de eksisterende diagnosesystemene, og på omfattende forskning som understøtter alternative forståelser av det som tradisjonelt har blitt forstått som psykisk sykdom. For norske psykologer kan MTMR bidra til å berike evidensbasert klinisk praksis ved å fremme en forståelse av psykisk lidelse som meningsfulle responser på komplekse livssituasjoner. Dette kan integreres i praksis gjennom metodikker som kasusformulering, traumebevisste tilnærminger og nettverksbaserte arbeidsformer som legger til rette for å utforske menneskers personlige narrativ og deres sosiale kontekst. Artikkelen argumenterer for at en innarbeiding av MTMR, som én legitim konseptuell ramme i norske helse- og velferdstjenester, kunne tenkes å bidra til en mer helhetlig helsetjeneste ved å integrere psykisk helsearbeid med praktisk hjelp og støtte fra familie, venner og samfunnsressurser på måter som er mer formålstjenlige enn slik tjenestene fungerer i dag. For psykologer i Norge innbyr MTMR til å utfordre tradisjonelle modeller og bidra til en mer inkluderende og kontekstuell tilpasset psykisk helsehjelp. Med artikkelen håper vi å inspirere til refleksjon rundt nye tilnærminger til psykisk helse, og til debatt om implikasjonene av å integrere MTMR i klinisk arbeid.

Nøkkelord: Makt-trussel-mening-rammeverket, psykiatriske diagnoser, psykiske lidelser, emosjonell smerte

¹ SERAF - Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo

² Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

³ Institutt for psykososial helse, Universitetet i Agder

KONTAKT

m.t.s.holter@psykologi.uio.no

MERKNAD

Forfatterne har bidratt i oversettelsen av MTMR-kortversjon til norsk.

FAGFELLEVURDERT

I 2018 lanserte en arbeidsgruppe i den engelske psykologforeningen The Power Threat Meaning Framework, oversatt til norsk som Makt-trussel-mening-rammeverket. Mandatet til gruppen, som besto av forskere, klinikere og personer med egenerfaring, var å gi en kritisk evaluering av bruken av diagnoser for psykisk lidelse, og utarbeide et mulig alternativ (Johnstone & Boyle, 2018b, s. 5). Det var ønske om en mer kontekstuell og multifaktoriell tilnærming til psykisk lidelse, og det var sentralt at brukere skulle være med på å utforme rammeverket, i tråd med prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis, der det stadfestes at slik praksis skal inkludere og integrere pasientens kontekst og preferanser. Makt-trussel-mening-rammeverket er basert på en grundig gjennomgang av teoretisk, empirisk og epistemologisk litteratur på feltet. Det tilbyr et alternativt perspektiv til idéen om at psykiske helseutfordringer er avgrensbare patologiske tilstander, som er det de rådende diagnosesystemene DSM-5 og ICD-10 bygger på (Johnstone & Boyle, 2018a/2018b/2023).

I Storbritannia har Makt-trussel-mening-rammeverket avstedkommet omfattende og til dels opphetet debatt, også internt i den engelske psykologforeningen (Johnstone et al., 2019; Morgan, 2023). Det har også kommet ulike reaksjoner på rammeverket i det kliniske miljøet i Norge. For eksempel har leder for Norsk psykiatrisk forening uttrykt at MTMR er for radikalt (Erfaringskompetanse, 2023a), mens fagsjef i Psykologforeningen håper det kan bidra som supplement og korrektiv til diagnosene (Erfaringskompetanse, 2023b). Fagsjef i brukerorganisasjonen Mental Helse Norge sier at MTMR bør være «en rettesnor for behandling av psykiske lidelser», men mener likevel ikke at diagnoser skal avskaffes innen psykisk helse (Erfaringskompetanse, 2023c).

Vi ønsker med artikkelen å presentere Makt-trussel-mening-rammeverket (MTMR) for norske psykologer. Formålet er å gi en fremstilling av kunnskapen bak MTMR og vise frem mulighetene for å integrere tenkningen i rammeverket i eksisterende psykologfaglig praksis. Vi håper artikkelen vil bidra til å åpne opp for en refleksjon om alternative måter å forstå og håndtere psykisk og emosjonell lidelse på. Vi innleder med å presentere rammeverkets problematisering av diagnosesystemene og gjennomgår deretter hovedtrekkene i MTMR. Vi foreslår deretter faktiske og mulige anvendelser av MTMR i en norsk kontekst. I MTMR tas det avstand fra et språk som er medisinsk fundert, og i stedet forstås psykisk lidelse som emosjonell smerte (*emotional distress*), uvanlige opplevelser (*unusual experiences*) og problematiske væremåter (*troubled or troubling behaviour*). Vi vil i det videre

holde oss til språket som anvendes i MTMR, heller enn det diagnostiske språket.

Forfatterne av denne artikkelen representerer både klinisk erfaring og forskningserfaring relatert til psykisk helse. To av oss har arbeidet klinisk i psykiske helsetjenester i både kommune og spesialisthelsetjenesten, for både barn og ungdom og voksne, og arbeider nå med utdanning og forskning ved Universitetet i Agder (Bøe og Bertelsen), mens en er forsker ved Universitetet i Oslo (Holter). Vi har alle fattet interesse for MTMR på grunn av rammeverkets kritiske inngang til psykisk helsearbeid og samfunnspsykologisk praksis. Vi har også sittet i en referansegruppe for den norske oversettelsen av kortversjonen av MTMR.

Kritikk av DSM- og ICD-systemene

Forfatterne av MTMR gir en grundig redegjørelse for det de ser som problematiske aspekter ved diagnosesystemene ICD og DSM, fra et teoretisk, empirisk og erfaringsbasert perspektiv. Teoretisk peker forfatterne på at den medisinske forståelsesmodellen som diagnosesystemene bygger på og låner troverdighet fra, har alvorlige empiriske og teoretiske svakheter når det kommer til psykisk helse. Denne kritikken er langt fra ny, og har preget faglige kontroverser i psykisk helsefeltet i årtier (se for eksempel Pickering, 2006). Innen medisinsk behandling for somatiske sykdommer baserer diagnostikk seg som regel på verifisert kunnskap om sammenhenger mellom bestemte observerbare symptomer og underliggende biologiske prosesser og tilstander (selv om det selvsagt finnes unntak med symptomer og tilstander vitenskapen foreløpig ikke har forklaring på). Kunnskapen om de patologiske biologiske prosessene bak symptomene er, når de underliggende mekanismene er kjent, grunnlaget for behandlingen som foreskrives. For de fleste av tilstandene som beskrives av diagnoser for psykiske lidelser i DSM-5 eller ICD-10, mangler dette elementet av etablerte kausale mønstre mellom biologiske prosesser og symptomer. Diagnosene for psykisk lidelse baseres i stedet på ansamlinger av observerte væremåter og opplevelser, bundet sammen av det som ofte antas å være felles underliggende mekanisme med en tydelig biologisk komponent. I tråd med en slik medisinsk forståelse har man lenge forsket på biologiske kjennetegn for ulike former for psykisk lidelse, f.eks. schizofreni og bipolar lidelse. Gjennom slik forskning har det blitt dokumentert en rekke sammenhenger mellom ulike diagnosekategorier og bestemte mønstre i neurotransmittere, gener, hjernestruktur eller hjernefunksjon (Johnstone & Boyle, 2018a, s.150-181). Disse sammenhengene avvises ikke i MTMR-kritikken:

Mennesket forstås som like biologisk som det er psykologisk og sosialt, og biologi, psykologi og det sosiale vil alltid interagere med hverandre for å produsere ulike fenomener og tilstander. Men i det medisinske kunnskapsparadigmet for forståelse og behandling av psykisk lidelse synes det å ligge en underliggende antakelse – noen ganger uttalt, andre ganger implisitt – om at biologiske forhold er den primære, eller grunnleggende, årsaken til psykisk lidelse. Forfatterne av MTMR peker derimot på at det, etter 50 år med høyfinansiert forskning, likevel ikke finnes empirisk grunnlag for å gi biologien status som primær årsaksforklaring.

Derimot er sammenhengen mellom sosiale forhold, livsomstendigheter og motgang på den ene siden, og følelsesmessige og psykiske problemer på den andre, godt dokumentert (Johnstone & Boyle, 2018, s.92-151). Denne forskningen vil mange klinikere med erfaring fra psykisk helsefeltet være godt kjent med. Innen diagnosesystemene får denne kunnskapen plass gjennom forståelsesmodeller som stress-sårbarhetsmodellen eller den biopsykososiale modellen, men også i disse modellene snikes det inn en antakelse om at biologisk sårbarhet er den primære årsaken bak problemene: en patologi-logikk som antar en underliggende sårbarhet (Johnstone & Boyle, 2018a, s. 34). Slik ledes blikket vekk fra de meningsbærende, sosiale, materielle og politiske sidene ved problematiske livshendelser og tilstandsbilder (Johnstone & Boyle, 2018a, s. 34). Dermed blir også viktige aspekter som meningsinnhold og livsomstendigheter oversett eller utelatt. Problemer ristes løs fra sin kontekst. Underveis forsvinner aktørskapet til menneskene som er berørt av problemene.

Det diagnostiske språket

Den biomedisinske forståelsen av psykisk lidelse står sterkt i helsevesenet, og forsterkes av diagnose-systemene og selve begrepet «psykisk sykdom». Som for somatisk sykdom blir psykiske lidelser i dagligtalen omtalt som noe man «har». Og selv om de fleste klinikere i psykisk helsefeltet vil hevde at de bygger på et langt rikere og mer nyansert tilfang av forståelser av lidelse, er arbeidet deres like fullt strukturert av begreper som «diagnose», «behandling», «tilfriskning», «terapi» og «prognose». Språket som brukes i helseadministrasjon, klinisk arbeid og på folkemunne, forvandler diagnoser til absolutte fenomener. Diagnose, hvis opprinnelige hensikt var å navngi, blir feilaktig brukt som en forklaring: «Du har bipolar lidelse fordi du er disponert for det.» Det antas en underliggende sårbarhet eller patologi (biologisk eller psyko-

logisk) som fører til lidelse, og i begge tilfeller skjules det faktum at de diagnostiske begrepene primært er deskriptive, tentative merkelapper. Reifiseringen av diagnosene fører også til at den faglige argumentasjonen blir sirkulær: Du har depresjon fordi du er nedtrykt / du er nedtrykt fordi du har depresjon. Slik baserer diagnosen seg på de samme symptomene som den påstås å forklare (Johnstone & Boyle, 2018a, s. 29).

I kjølvannet av det diagnostiske språket mener MTRM- forfatterne at det følger en forståelse av emosjonell smerte som i beste fall er sterkt mangelfull, i verste fall direkte misvisende. I stedet for å fortsette forskning og behandling innenfor rammer som først og fremst retter oppmerksomheten mot hva som er mangelfullt ved individet, er det ifølge forfatterne behov for «et fundamentalt og uforenelig annerledes tankesett» (Johnstone & Boyle, 2018a, s. 32, vår oversettelse). Vi skal i det følgende gjennomgå hovedtrekkene i det alternative rammeverket som foreslås.

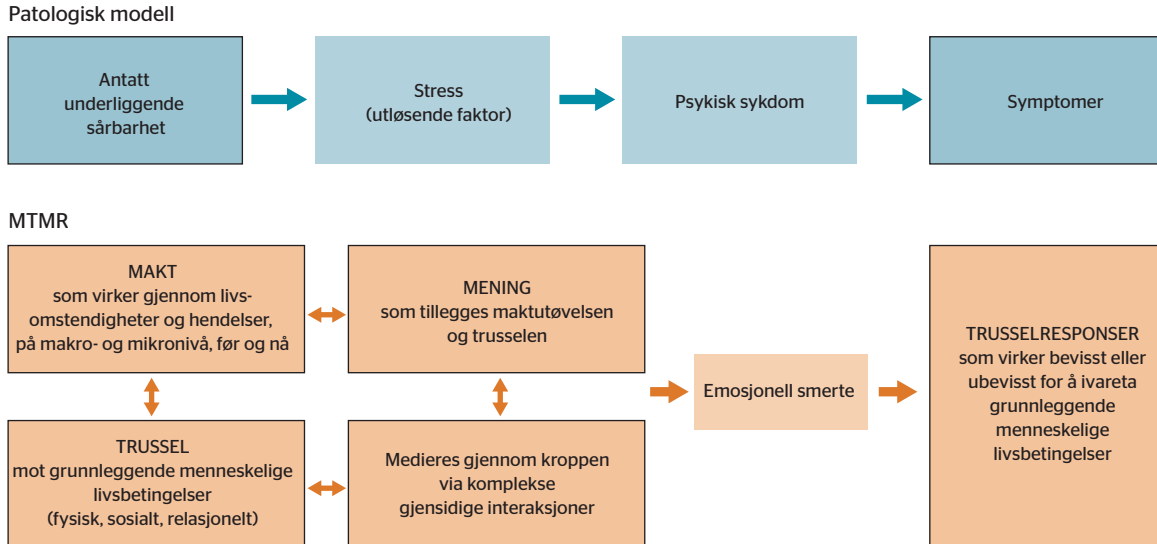
Makt-trussel-mening-rammeverket

Makt-trussel-mening-rammeverket (MTMR) bygger på en rekke eksisterende teoretiske perspektiver og en betydelig mengde forskning. En gjennomgang av forskningen med tilhørende referanser kan man finne i Johnstone og Boyles rapport *The Power Threat Meaning Framework: Towards the Identification of Patterns in Emotional Distress, Unusual Experiences and Troubled or Troubling Behaviours, as an Alternative to Functional Psychiatric Diagnosis* (2018a). Blant perspektivene MTMR bygger på, finner man kognitive tilnærminger, læringsteori, traume-perspektiver, fenomenologi, åndelige og kultursensitive perspektiver samt erfaringseksperise. Kjernen i MTMR er ideen om at emosjonell smerte, uvanlige opplevelser og problematiske væremåter bør forstås som reaksjoner på livsomstendigheter, ikke patologi eller individuell sårbarhet. For eksempel gjennomgår forfatterne sammenhengen mellom barndomsbelastninger og senere problemer som angst, paranoia, dissosiering og hallusinasjoner, som påvises i både retrospektive og prospektive studier, også når man kontrollerer for andre variabler (Johnstone & Boyle, 2018a, s. 108 – 113), og kan forklares både på et psykologisk, sosialt og biologisk nivå (Johnstone & Boyle, 2018a, s. 104). Dette, hevder de, gir grunn til å anse livshendelser og sosial kontekst som den primære årsaken til psykisk lidelse.

Begrepene som brukes for å operasjonalisere sammenhengen mellom livshendelser og psykisk lidelse, er makt, trussel og mening. Utgangspunktet for emosjonell smerte antas å være *maktutøvelse*, utøvd på mikronivå (f.eks. ved overgrep) eller makronivå (f.eks.

Figur 1

En forenklet versjon av Makt-trussel-mening-rammeverket sammenliknet med patologi-modellen



ved marginalisering), og mange erfaringer kan ha virket sammen. Maktutøvelsen utgjør en *trussel* mot grunnleggende menneskelige livsbetingelser (f.eks. å føle seg trygg, verdsatt, akseptert og elsket i sine tidligste relasjoner med omsorgsgivere). *Meningen* som personen tillegger trusselen, har betydning for den opplevde emosjonelle smerten (f.eks. tristhet, frykt, sinne) og er også sentral i påfølgende *trusselrespons*, hvis funksjon er å forsøke å gjenopprette de grunnleggende livsbetingelsene som står på spill, eller beskytte seg for makten som truer ens eksistens. Disse trusselresponsene kan være automatiske, kroppslige og førbevisste reaksjoner (f.eks. sterke kompensierende følelser eller uvanlige overbevisninger) eller mer bevisste mestringsstrategier (f.eks. suicidale handlinger eller perfektjonisme). Noen trusselrespons vil være mer skadelige enn andre, og noen respons vurderes av kulturen som «feil», men alle utgjør forsøk på å gjenopprette et godt liv. Det kan også være at en trusselrespons vedvarer selv om den utløsende trusselen er borte, noe som også vil forandre hvordan omgivelsene rundt oppfatter personen. Biologien har fortsatt en sentral plass fordi erfaringer og trusselrespons medieres gjennom sansende, delvis ulike, nevrobiologiske kropp. Blant de mange biologiske prosessene som antas å ha betydning, er stress, hukommelse, dissosiering fra overveldende opplevelser og opplevelser av indre tale (Johnstone & Boyle, 2018a, s. 172). I figur 1 presenterer vi en forenklet versjon av MTMR sammenliknet med den rådende forståelsesmodellen.

Det som er hovedprosjektet i MTMR, er å gjeninnsette kontekst og mening som grunnleggende for psykisk lidelse. Å gå fra «Hva feiler det deg?» til «Hva har skjedd med deg?». Svaret på «Hva har skjedd med deg?» vil være en personlig historie, basert på særegne, meningsfulle opplevelser og unike sett av trusselrespons. Samtidig tilbyr rammeverket en rekke ressurser som kan hjelpe personer med å forstå sin egen historie og reaksjonene man har hatt til den: Et knippe grunnleggende behov oppsummeres i Johnstone og Boyle (2018b, s. 20-21), for eksempel å oppleve rettferdighet, å oppleve trygghet og tilhørighet i en familie og sosial gruppe samt å føle seg trygg, verdsatt, akseptert og elsket i sine tidligste relasjoner. Ulike trusler som mange opplever, er samlet og oppsummert i det som kalles hovedmønstrene, og inkluderer for eksempel «Å klare seg gjennom avvisning, å føle seg fanget samt nedvurdering», «Å klare seg gjennom forstyrrede tilkynningsrelasjoner og belastninger i barndom eller ungdom» og «Å klare seg gjennom separasjon og identitetsforvirring» (s. 28-73). Andre mulige trusselrespons inkluderer hyperoppmerksomhet, fragmentert minne-innkoding og å overarbeide. I hovedmønstrene oppsummeres empirisk funderte sammenhenger mellom ulike typer makt, trussel, mening og trusselrespons. For eksempel skrives det om «Å klare seg gjennom separasjon og identitetsforvirring» at det innebærer spenningen mellom behovet for tilhørighet på den ene siden og autonomi på den andre, som kan resultere i følelser av for eksempel å

være forlatt eller å miste seg selv. Trusselresponser kan innebære blant annet angst, utrolige antakelser, kroppshat eller ritualer. Forfatterne av MTMR angir at mønstrene er foreløpige og åpne for revisjon ettersom kunnskapsgrunnlaget utvikler seg, og enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i flere mønstre. Å sammenlikne sin egen historie med de foreslåtte hovedmønstrene kan bidra til validering og selvinnsett, samt åpne blikket for den konkrete livshistoriens plass i en bredere sosial kontekst.

MTMR er blitt kritisert både for å overdrive individets aktørskap og for å posisjonere mennesker som ofre for sine sosiale betingelser (Boyle & Johnstone, 2020, s. 125). En annen måte å se det på er at rammeverket rommer både individuell mening og betydningen av reelle levekår og maktmisforhold (Pilgrim, 2020), samt en tro på menneskers evner til å påvirke eget liv. I MTMR gjøres det derfor et nummer av at det ikke er grunn til å benytte andre former for å forstå livet til mennesker som har hatt omfattende kontakt med helsevesenet, og personer som ikke har det. Alle prøver vi å oppnå eller bevare en følelse av egenverd, mening og identitet – men for noen får disse prosessene uttrykk som per i dag betegnes som patologiske. Forståelsen forutsetter altså ikke at de som blir pasienter, er bærere av biokjemiske særegenheter som gjør dem ekstra sårbare, men heller at sårene hver av oss bærer på, kommer av at vi i ulik grad har vært, og er, gjenstand for maktutøvelse; erfaringene og identitetene våre er kommet til gjennom hvilke responser vi har valgt eller hatt tilgang på, og hvilke meninger vi har tillagt de opplevelsene vi har hatt.

MTMR i klinisk praksis

Dersom forståelsene i MTMR hadde erstattet eller supplert forestillingen om psykisk lidelse som individuell patologi, tror vi at forskjellen på én måte ville vært radikal, på en annen måte nærmest umerkelig. Radikal fordi konstruksjonen «psykisk sykdom» og de medisinske formulerte diagnosene sitter tett ved inn i vår virkelighetsoppfatning, samfunnsstruktur og helseadministrasjon. Umerkelig fordi mye av det arbeidet som psykologer allerede gjør for å hjelpe personer med emosjonell smerte, uvanlige opplevelser eller problematiske væremåter, ville sett ut omtrent slik det er i dag.

Johnstone og Boyle (2018b/2023) presenterer flere eksempler på praksis som er i tråd med MTMR, og som er godt etablert i psykisk helsefeltet i Norge i dag. Eksempler er kasusformulering i team, traumebevisste tilnærminger og narrative tilnærminger. Andre praksiser som kan sies å være i tråd med MTMR, er

Åpen dialog i nettverk og «Hearing Voices»-nettverket (Hearing Voices Network, u.å.). I Norge gjennomføres *Åpen dialog i nettverk* blant annet ved flere psykiatriske sengeposter (Jacobsen et al., 2018) og i poliklinisk arbeid med barn og unge (Bøe et al., 2015). I tilnærmingen Åpen dialog i nettverk inviteres personer fra det sosiale nettverket til den det gjelder, med fra første stund, og både problembeskrivelsene og mulige løsninger blir til gjennom den flerstemte dialogen som oppstår i nettverksmøtene (Seikkula & Arnkil, 2014). MTMR er også godt forenlig med recovery-forskningen (Hennessy, 2017; Leamy et al., 2011) og recovery-orienterte tilnærminger (Slade, 2017; Tew, 2013). Recovery-perspektivet baserer seg på kvalitative undersøkelser av hva mennesker som har kommet seg etter psykiske vansker, selv sier var til hjelp, og tilsvarende baserer en recovery-støttende praksis seg på at den det gjelder, eventuelt sammen med sitt sosiale nettverk, gjøres til hovedressurs i et kontekstuellt og samarbeidsorientert bedringsarbeid. Innenfor institusjonsbarnevernet er traumebevisst omsorg etter hvert etablert som fundament for tjenesten, blant annet gjennom det nasjonale kompetanseprogrammet HandleKraft (Bræin et al., 2017). Videre er to av forfatterne (Bertelsen og Bøe) med i et samarbeidsinitiativ mellom Universitetet i Agder, RVTS Sør, Arendal, Grimstad og Kristiansand kommuner og Sørlandet Sykehus som handler om å se på eksisterende praksis i lys av MTMR. Tanken er at en MTMR-basert, kontekstualisert forståelse kan være et mulig utgangspunkt for å bedre samarbeid med og mobilisere ressurser rundt personen som trenger hjelp, og å gi hjelp som treffer.

MTMR er primært et overordnet, teoretisk rammeverk og ikke en behandlingsmetode. Likevel inneholder rammeverket en tydelig konkretisering av hvordan terapeutiske samtaler kan struktureres. En veileder for et slikt arbeid finnes i Johnstone og Boyle (2018b). Utgangspunktet for samtalen er et knippe spørsmål som munner ut i et narrativ («Min historie»; tekstboks 1). Disse spørsmålene vil langt på vei likne en kasusformulering som mange klinikere vil kunne kjenne seg igjen i.

Et eksempel fra Norge på en klinisk praksis informert av tenkningen bak MTMR er et psykologisk lavterskeltilbud som i en tiårsperiode fra 2011–2021 ble tilbudt ved Avdeling for barn og unges psykiske helse (Abup) på Sørlandet sykehus. Tilbudet ble kalt Abup drop in, og besto i at to psykologspesialister fra Abup en dag annenhver uke befant seg på et kommunalt familiehus, der de var tilgjengelige for konsultasjoner i opptil 60 minutter av gangen for alle som ønsket det (Bertelsen, 2024; Bertelsen et al., 2015; Odden & Bertelsen, 2015). I motsetning til hvordan tjenester fra

spesialisthelsetjenesten ellers er organisert, var det ingen begrensninger på hvem som kunne benytte tilbudet, eller hva det kunne benyttes til, så lenge tematikken gjaldt konkrete barn og unges psykiske helse. Praksisen var tuftet på ideen om at mennesker selv vet når de trenger hjelp, og at når folk oppsøker psykologer, er det fordi de erfarer å være forhindret fra å løse problemene sine på egen hånd. Men selv om de ofte vil være begrenset av sin nåværende kunnskap om, og forståelse av, situasjonen, har de likevel kunnskap, evner og ferdigheter som kan oppdages og utvikles på måter som kan hjelpe dem til å løse problemer de står overfor.

Prosjektet ble utviklet parallelt med arbeidet med MTMR i Storbritannia, inspirert av de samme perspektivene (se for eksempel Bentall, 2003; Johnstone & Dallos, 2006; Kinderman, 2014; Moncrieff, 2008) og i dialog med fagmiljøer i England som også var del av et utvidet miljø rundt utviklingen av MTMR. Abup drop in-tilnærmingen bygget blant annet på den samme forståelsen av psykisk helse som finnes i MTMR, der søkelyset flyttes fra en diagnosebasert til en erfaringsbasert forståelse av menneskers livsutfordringer. I Abup drop in var dette skiftet tvunget frem av selve arbeidsformatet, der psykologene var uten umiddelbar mulighet for verken forhåndsinformasjon, kontinuitet i oppfølgingen eller videre administrativ påvirkningskraft gjennom for eksempel å kunne påvirke senere inntak i spesialisthelsetjenesten, eller formell henvisning til andre tjenester. I stedet la psykologene vekt på aktiv meningsdannelse gjennom å intervjuer frem menneskers personlige fortellinger om egen livssituasjon, og om de sosiale faktorene som kunne være kilder til fortvilelse. En følge av dette var at det som ellers ofte ville vært adressert som symptomer (som uro, tristhet og redsel), ble rekontekstualisert som meningsfulle reaksjoner på negative eller truende livserfaringer. Samtalene fulgte i utgangspunktet samme struktur som den som utgjør kjernespørsmålene i samtaler om personlige historier i MTMR (se Tekstboks 1 ovenfor), med en tydelig vekt på sosiale relasjoner som del av individers egne maktressurser.

Gjennom en brukerstyrt tjeneste der de som ønsket kontakt, var velkomne, og ved å oppfordre de som kom, til også å invitere med seg eventuelle støttespillere de allerede var i kontakt med fra privat eller profesjonelt nettverk, bidro praksisen til å gi brukerne kontroll over tjenesten ved å anerkjenne og verdsette deres forståelse og erfaringer av sine egne utfordringer. Slik støttet praksisen et demokratisert syn på psykisk helsehjelp, hvor profesjonelle og brukere sammen utforsker og anerkjenner den personlige betydningen av psykiske stressreaksjoner og utfordringer. Ved å tilby åpne og

Kjernespørsmål i Min historie

Hva har skjedd med deg?
(Hvordan opererer makt i ditt liv?)

Hvordan har det påvirket deg?
(Hva slags trussel utgjør det for deg?)

Hvordan har du forstått det som har skjedd?
(Hvilken mening tillegger du det som har skjedd med deg?)

Hva måtte du gjøre for å klare deg gjennom det?
(Hvilke trusselresponser bruker du?)

Hva er dine styrker?
(Hvilken tilgang til maktressurser har du?)

Og for å integrere alt det ovenstående: Hva er din historie?

Hentet fra Johnston & Boyle (2018b)

tilgjengelige konsultasjoner bidro praksisen også til en praktisk anvendelse av idégrunnlaget bak MTMR; den la til rette for en fleksibel og responsiv tilnærming til psykisk helsehjelp, tilpasset menneskers umiddelbare behov og livssituasjon fremfor å følge en standardisert behandlingsmodell tuftet på en klassisk biome-disinsk logikk.

MTMR i et samfunnsperspektiv

En systematisk innføring av MTMR i klinisk praksis ville kunne innebære endringer i samfunnet ellers. På det kliniske plan er det verdt å merke seg at MTMR inviterer både til individuell vekst gjennom å skape nye narrativer og til endring av undertrykkende sosiale strukturer. En bevisstgjøring av skadelige maktforhold kan gi grunnlag for initiativ til å gjenoppbygge relasjoner og fremme sosial handling (Johnstone & Boyle, 2018b/2023, s. 27), som for eksempel skjer når mennesker går sammen i interessegrupper for å dele erfaringer og sammen stå opp mot marginalisering og andre urimelige samfunnsforhold. Dermed vil profesjonell hjelp også kunne inkludere engasjement i endringsarbeid som går ut på å stoppe krenkelser, maktubalanse og urettferdighet som den hjelpetrengende fremdeles utsettes for. For eksempel er det i Irland utviklet et tilbud til ungdom som, basert på MTMR, identifiserer problematisk makt/avmakt i ungdommens liv og bruker dette som utgangspunkt for å utøve politisk innflytelse på utviklingen av lokalsamfunn (Aherne et al., 2019). Samfunnsperspektivet er også en integrert del av *Åpen dialog* eller recovery-orienterte praksiser. Men rammeverket oppfordrer også politikere, borgere og samfunnsaktører til å fremme helse ved å bidra til mer rettferdige samfunn. For dem som trenger hjelp til å komme seg gjennom livsutfordringer, sidestiller MTMR langt på vei psykoterapi, praktisk hjelp, støtte fra familie, venner eller likepersoner og selvhjelpsintervensjoner. Andre elementer kan også bidra til helbredelse, som naturopplevelser, kunstuttrykk, trening og samfunnsaktivisme.

Vi mener bruken av MTMR i en norsk kontekst ikke bare ville være relevant for «lettere» psykiske lidelser, men også i møte med mennesker hvis responser og livssituasjon anses som mer alvorlig, som ved for eksempel vedvarende psykoser. Hvis personer som strever mest, fortsatt skulle regnes som syke, ville det risikere å opprettholde et unødvendig stort skille til dem som bærer den tyngste byrden, og bidra til en fremmedgjøring og kollektiv ansvarsfraskrivelse som fort følger i kjølvannet av sykdomsmetaforen. Vi tenker at hvis man skulle erklære rammeverket for gyldig og som førende for helsetjenestene, må det gjelde

også for dem som sitter fast i trusselresponser som til en særlig grad ikke tjener dem eller bryter med vårt samfunns normer. Med andre ord ville det være en forutsetning at MTMR ble ansett som like gyldig i spesialisthelsetjenesten og akutt-tjenestene som i førstelinjen og lavterskeltilbud. I daglig klinisk praksis vil mange også her allerede jobbe etter prinsipper som er helt forenlige med MTMR, som å bygge relasjon, bli kjent med og forstå den utsattes historie og reaksjoner på omgivelsene, engasjere nettverk, skape mening sammen og se etter løsninger både i terapeutisk kontekst og i hverdagslivet.

Hemmes av helseadministrasjon

Det paradoksale er at mens mye av det kliniske arbeidet i spesialisthelsetjenesten er i tråd med perspektivene vi finner i MTMR, eksisterer praksisfeltet innenfor en administrativ virkelighet der diagnoser utgjør et sentralt omdreiningspunkt. Rundt dette omdreiningspunktet har vi bygget en institusjonell virkelighet bestående av bestemmelser om tjenestestruktur, henvisnings- og vurderingsrutiner, definerte kjerneoppgaver og kompetanseområder, pasientrettigheter, ventelister og pakkeforløp. Fordi konvensjonelle diagnoser er så dypt integrert i helse-tjenestens infrastruktur, kan diagnosene virke nærmest uunnværlige. Det blir vanskelig å se for seg en alternativ administrativ virkelighet. Vi tror det er mulig med alternativer, og de trenger heller ikke være så adskilt fra dagens praksis som man kunne tro. Vi tar i det følgende utgangspunkt i to funksjoner som konvensjonelle diagnoser fyller i dag: Én er å gi en kortfattet beskrivelse av personens problemer. En annen er å gi grunnlag for prioritering mellom alvorlige og mindre alvorlige tilstander. Når det gjelder en kortfattet problembeskrivelse, kunne man med MTMR heller beskrevet hvordan personens emosjonelle smerte uttrykkes i emosjonelle responser eller trusselresponser (f.eks. «dyp tristhet», «overspising» eller «skremmende tanker»). Man kunne også valgt å henvise til ett eller flere av rammeverkets generelle mønster, eller en kombinasjon av disse («Dyp tristhet som følge av å klare seg gjennom avvisning, å føle seg fanget og nedvurdert»). En slik beskrivelse ville ikke gitt en fullstendig oversikt over personens problembilde, men det gjør heller ikke konvensjonelle diagnoser. En slik deskriptiv, MTMR-basert problembeskrivelse mener vi bedre ville reflektere problemenes natur både som idiosynkratiske og sammensatte, og tror derfor at MTMR-baserte problembeskrivelser fremfor konvensjonelle diagnoser ville oppnådd større harmoni mellom problemforståelse, det kli-

niske arbeidet og begrepene man brukte i det administrative arbeidet.

Når det gjelder prioritering mellom mer og mindre alvorlig psykisk lidelse, er det heller ikke gitt at konvensjonelle diagnoser er sentrale i dagens system. Problemenes intensitet, varighet, samt grad av forstyrrelser i hverdagen er vel så viktige i vurderingen, og disse faktorene ville fortsatt kunne være grunnsteiner i prioriteringen mellom pasienter i en MTMR-basert psykisk helsetjeneste. Men i motsetning til i dagens system ville ikke personen måtte oppfylle kriteriene for en konvensjonell diagnose eller være «syk» for å ha rett til hjelp. Derimot ville personens subjektive opplevelse av smerte, eller fravær av smerte, være en viktig del av vurderingen. En person som hørte stemmer som hen ikke oppfattet som truende, ville derfor kunne bli prioritert lavere enn en person med sterkt inngripende helseangst, om alt annet var likt. I tillegg ville det være naturlig å inkludere en vurdering av hvordan personens situasjon påvirket omgivelsene, samt å gjøre en kartlegging av nettverk og andre hjelpealternativer. I den grad prioritering ville være nødvendig, kunne man altså basert denne vurderingen på problemenes intensitet, varighet, forstyrrelser i hverdagen og subjektiv lidelse, samt tilgang på ressurser i personens sosiale nettverk.

Oppsummering og sluttkommentarer

Vi har presentert Makt-trussel-mening-rammeverket. Hensikten vår har vært å tilgjengeliggjøre rammeverket og kunnskapen det bygger på, for fagmiljøet i Norge. Vårt håp er at det vil bidra til refleksjon om hva slags helsetjeneste som er mulig og ønskelig. Vi har forsøkt å vise at selv om en tilsidesetting av konstruksjonen «psykisk sykdom» og diagnosesystemene kan virke radikal, ville mye være uendret. Vi har også forsøkt å vise at heller ikke den administrative virkeligheten må basere seg på konvensjonelle diagnoser; selv om en omstilling til MTMR ville være omfattende og kreve en reformulering av lovverk, rutiner og kultur, mener vi at praksis ikke nødvendigvis ville sett så annerledes ut. Det som imidlertid antakelig ville merkes, var en redusert opplevelse av fremmedgjøring og en økt produktivitet – begge som konsekvens av at språket og innholdet i selve det kliniske arbeidet ville møtt gjenklang i det administrative språket. Ikke minst ville begge disse antakelig resonnert bedre med folks opplevelser av eget liv. Mange problemer ville dessuten kunne forebygges gjennom strukturelle endringer og at personer hjelpes tidligere og med utgangspunkt i deres livssituasjon, også utenfor helsevesenet og spesialisthelsetjenesten. Dette ville tatt ned tryk-

ket på de mest ressurskrevende helsetjenestene og frigjort ressurser til å hjelpe dem som trenger det der.

Vi mener at det grundige teoretiske, epistemologiske og empiriske grunnlaget som MTMR bygger på, gir gode grunner til å stoppe opp, se nærmere på og vurdere implikasjonene av det perspektivskiftet som rammeverket innebærer. Vi håper at fremtiden vil se mer forskning på og utprøving av dette rammeverket, også i en norsk sammenheng. ✕

Referanser

- Aherne, C., Moloney, O. & O'Brien, G. (2019). Youth mental health and the Power Threat Meaning Framework: Jigsaw's systems perspective. *Clinical Psychology Forum*, (313), 3–8. <http://dx.doi.org/10.53841/bpspcf.2019.1.313.3>
- Bentall, R.P. (2003). *Madness explained: Psychosis and human nature*. Penguin.
- Bertelsen, B. (2024). Otherwise in life. Thoughts on a minimalist psychotherapy. I G. Biesta, L. Skregelig & T.D. Bøe (red.), *Being Human Today. Art, Education and Mental Health in Conversation* (s. 173–186). Intellect. <http://dx.doi.org/10.2307/jj.13524414.16>
- Bertelsen, B., Johnsen, H., Lindemann, H. & Odden, E. (2015). Mange ganger skal det ikke så mye til: Lett tilgjengelig kompetanse til rett tid. I E. Ulland & A.B. Thorød (red.), *Psykisk helse. Nye arenaer, aktører og tilnærming* (s. 111–119). Universitetsforlaget.
- Boyle, M. & Johnstone, L. (2020). *A Straight Talking Introduction to the Power Threat Meaning Framework: An Alternative to Psychiatric Diagnosis*. PCCS Books.
- Bræin, M.K., Andersen, A. & Simonsen, A.H. (2017). Traumebevissthet i barnevernet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(10), 990–997.
- Bøe, T.D., Kristoffersen, K., Lidbom, P.A., Lindvig, G.R., Seikkula, J., Ulland, D. & Zachariassen, K. (2015). 'Through speaking, he finds himself... a bit': Dialogues Open for Moving and Living through Inviting Attentiveness, Expressive Vitality and New Meaning. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 36(1), 167–187. <https://doi.org/10.1002/anzf.1092>
- Erfaringskompetanse.no (2023a). *PTMF-rammeverket er for radikalt*. Intervju. Erfaringskompetanse.no. <https://erfaringskompetanse.no/nyheter/ptmf-rammeverket-er-for-radikalt/>
- Erfaringskompetanse.no (2023b). *Ambisjonen om å erstatte det eksisterende rammeverket er komplisert*. Intervju. Erfaringskompetanse.no. <https://erfaringskompetanse.no/nyheter/ambisjonen-om-a-erstatte-det-eksisterende-rammeverket-er-komplisert/>
- Erfaringskompetanse.no (2023c). *Mental Helse er for en bred, god og helhetlig tilnærming*. Intervju. Erfaringskompetanse.no. <https://erfaringskompetanse.no/nyheter/mental-helse-er-for-en-bred-god-og-helhetlig-tilnaerming/>
- Hearing Voices Network (u.å.). <https://www.hearing-voices.org/#content>

- Hennessy, E.A. (2017). Recovery capital: a systematic review of the literature. *Addiction Research & Theory*, 25(5), 349–360. doi:10.1080/16066359.2017.1297990
- Jacobsen, R.K., Sørgård, J., Karlsson, B.E., Seikkula, J. & Kim, H.S. (2018). «Open Dialogue behind locked doors»—exploring the experiences of patients, family members, and professionals with network meetings in a locked psychiatric hospital unit: A qualitative study. *Scandinavian Psychologist*, 5, e5. <https://psykologisk.no/sp/2018/08/e5/>
- Johnstone, L. & Boyle, M. med Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018a). The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society. https://cms.bps.org.uk/sites/default/files/2022-07/PTM%20Framework%20%28January%202018%29_0.pdf
- Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018b). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester: British Psychological Society. (Tilgjengelig på <https://cms.bps.org.uk/sites/default/files/2022-10/PTMF%20overview.pdf>)
- Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2019). Reflections on responses to the Power Threat Meaning Framework one year on. *Clinical Psychology Forum*, 47–54.
- Johnstone, L. & Boyle, M. med Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2023). *Makt-trussel-mening-rammeverket. En oversikt* (I.C. Goveia, oversetter). British Psychological Society (2018). <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2023/03/Makt%E2%80%93trussel%E2%80%93og-mening-2023.pdf>
- Johnstone, L. & Dallos, R. (Red.). (2006). *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems*. Routledge.
- Kinderman, P. (2014). *A prescription for psychiatry: Why we need a whole new approach to mental health and wellbeing*. Springer. <http://dx.doi.org/10.7748/mhp.18.9.10.s11>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
- Moncrieff, J. (2008). *The myth of the chemical cure* (s. 217–224). Palgrave Macmillan.
- Morgan, A (2023). Power, Threat, Meaning Framework: A Philosophical Critique. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 30(1), 53–67. <https://doi.org/10.1353/ppp.2023.0011>.
- Odden, E. & Bertelsen, B. (2015). Om å løfte barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52, 222–227.
- Pilgrim, D. (2020). A critical realist reflection on the power threat meaning framework. *Journal of Constructivist Psychology*, 35(1), 83–95. <https://doi.org/10.1080/10720537.2020.1773359>
- Pickering, N. (2006). *The metaphor of mental illness*. Oxford University Press.
- Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2014). *Åpen dialog i relasjonell praksis. Respekt for annerledeshet i øyeblikket*. Gyldendal.
- Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery. En veiledning for psykisk helsepersonell*. NAPHA.
- Tew, J. (2013). Recovery capital: what enables a sustainable recovery from mental health difficulties? *European Journal of Social Work*, 16(3), 360–374. doi:10.1080/13691457.2012.687713

Lovende om medisinfri behandling

Pasienter i medisinfri behandling rapporterer mer tilfredshet med behandlingen.

Det finner psykologspesialist Kari Standal, som har forsket på medisinfri behandling ved Akershus universitetssykehus (Ahus). Hun har sammenlignet utfall og opplevelser av medisinfri og tradisjonell behandling i psykisk helsevern.

Doktorgradsprosjektet ble gjennomført i etterkant av at alle helseforetak i 2015 ble pålagt å opprette medisinfri behandlingstilbud i psykisk helsevern. Dette skjedde samtidig som man ønsket å redusere bruk av tvang, og sikre at også pasienter med alvorlige psykiske lidelser opplever å ha reell valgfrihet i valg av behandlingstilnæringer i psykisk helsevern.

Standal ønsket å utvide forståelsen av og kunnskapsgrunnlaget for medisinfri behandling.

Det medisinfrie tilbudet kjennetegnes av et tydelig fokus på psykososiale behandlingstiltak, og at selv pasienter med alvorlige psykiske lidelser får mer støtte til å trappe ned medisinbruk eller prøve seg uten medisiner.

Resultatene fra avhandlingen tyder på at den medisinfrie tilnærmingen ikke gir dårligere behandlingsutfall på kort sikt sammenlignet med tradisjonell behandling. Det gjenstår imidlertid å se på den vedvarende effekten over lengre tid.

Gjennom kvalitative intervjuer avdekket også Standal flere grunner til at pasientene ønsket å benytte seg av et medisinfritt tilbud. Pasienter som søkte seg til medisinfrie tilbud hadde ofte negative erfaringer med medikamentell behandling, og de opplevde at det var vanskelig å få alternativer i det tradisjonelle helsevesenet.

Kilde: UiO

FOTO: ELIN KIPPE



KARI STANDAL

Medication-Free Treatment in Mental Health Care: Characteristics, Justification, and Clinical Outcomes

DISPUTAS 24.05.24,
Universitetet i Oslo

Livskvalitet under lupen

Faktorer i miljøet, slik som diskriminering og sosiale relasjoner, henger sammen med livskvalitet og psykisk helse.

Psykolog Ludvig Daae Bjørndal, tilknyttet forskningssenteret PROMENTA og Universitetet i Oslo, har forsket på faktorer som spiller inn på livskvalitet og psykisk helse hos voksne.

Et globalt mål, reflektert i FNs bærekraftsmål, er å legge til rette for at alle innbyggere kan leve gode liv kjennetegnet av høy livskvalitet. Helsefremmende og forebyggende tiltak som kan øke livskvalitet og forebygge psykiske lidelser, er derfor nødvendig.

Ifølge Bjørndal krever det at vi har en helhetlig forståelse av hvilke faktorer som påvirker psykisk helse.

I sitt doktorgradsprosjekt har Bjørndal, basert på data fra flere populasjonsbaserte utvalg i Norge, undersøkt betydningen av arv og miljø, og hvordan sosiale faktorer spesifikt spiller inn på livskvalitet og psykisk helse i voksen alder.

Positiv oppfatning av ens sosiale miljø var sterkt knyttet til bedre psykisk helse, mens nylig opplevd diskriminering var assosiert med dårligere psykisk helse. Dette undersøkte han i en nettverksstudie som kartla sammenhengen mellom miljømessige faktorer og psykisk helse.

Funnene fra doktorgraden viste også en tydelig sammenheng mellom ulike sosiale faktorer og høyere livskvalitet, også i analyser som kontrollerte for genetiske og miljømessige faktorer.

Bjørndal fant også at indirekte genetiske effekter hos nære familiemedlemmer, som reflekterer arvelige trekk hos andre personer, påvirker risiko for depressive symptomer hos mødre etter fødsel.

Kilde: UiO

FOTO: LISA ALEXANDRA JARLI



LUDVIG DAAE BJØRNDAL

Unravelling sources of wellbeing and illbeing: The role of genetic, environmental, and social factors

DISPUTAS 16.05.24,
Universitetet i Oslo

FOTO: SKEIVT ARKIV

**TEKST** Anbjørg Ohnstad**KONTAKT** anbjorg@oslomet.no**MERKNAD** Ingen oppgitte interessekonflikter

Selvlysende eller usynlig – å navigere som LHBT+

Psykologer som møter homofile og lesbiske i terapi, bør gi autoritet til deres opplevelser av å bevege seg i et heteronormativt samfunn.

A

leve sammen som likekjønna, det er vel helt greit nå? Det er vel en del av den nye normalen, eller er det det?

For tretti år siden skrev jeg artikkelen «Den rosa panteren eller en i den grå masse. Forståelse av lesbiske i terapi» (Ohnstad, 1992). Den handlet om psykologiens og psykologers forståelsesmåter overfor lesbiske, og den frykten en som klient kan ha for å ikke bli forstått av en heterofil terapeut. Jeg brukte begrepene selvlysende eller usynlig for å beskrive de utfordringer lesbiske sto overfor. Jeg har ofte lurt på om disse begrepene er like gyldige i dag.

I løpet av de siste tretti årene har mye forandret seg, og homofile har fått mange av de samme rettighetene som heterofile har. Vi kan gifte oss og få barn, det er flere kjente personer som er åpne, og uttrykkene «mannen min» eller «kona mi» kan like gjerne henspille på en likekjønna. Nye problemstillinger har dukket opp, som spørsmål om trans- og ikke-binære identiteter, kjønnskorrigerende og regnbuefamilier. Psykologtidsskriftet har fulgt opp noen av

disse debattene i det siste, spesielt behandling av barn og ungdom med kjønnsinkongruens. Det har vært mindre diskusjoner om lesbiske og homofile i terapi, så vidt jeg har oppfattet.

Om begrepene selvlysende eller usynlig fortsatt er gyldige, også for terapirommene, kan man lure på når vi leser i VG at Pia Edvardsen brukte hele sin ungdom på å benekte sin tiltrekning til kvinner (Norli, 2024). Hun tok i bruk ulike feminiserende tiltak og prøvde til og med konverteringsterapi for å bli heterofil, det til tross for et liberalt miljø. Da har vi kanskje ikke kommet så langt likevel?

PÅKJENNINGEN VED Å BRYTE NORMER

«Kjønn er fremdeles den grunnleggende sosiale kategori som er meningsbærende i alle sosiale og personlige forhold» skrev Harriet Holter i 1982. Selv om det er over førti år siden, tror jeg det fortsatt er gyldig. Vi bruker kjønn for å kategorisere hvem vi snakker med, hvordan vi tolker hendelser, hva vi leser, osv. Er vi usikre, ser vi etter tegn som kan hjelpe oss, er det en hen, ja så ser vi etter om det er mest en gutt eller jente.

Heteronormativiteten er så sterk at det å bryte med denne normen er en personlig påkjønning. Den sosiale kontrollen bidrar til å forsøke å usynliggjøre det likekjønna, små kommentarer som «hvem er det som er mannen i forholdet?» Ofte ligger forakten og skammen over ikke å være hetero bak et ferniss av at «nå er det greit», så kommer homohetsen fram i fylla som «ikke rart du ble lesbisk som» og «du tåler vel en spøk?»



ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK

Omgivelsene betrakter gjerne to kvinner som fant hverandre i vel voksen alder som venninner, og inviterer aldri den andre med i familieselskap. Hvis man lar det passere og ikke orker konfrontasjonen, så fortsetter det slik.

Blikking eller *staring* på engelsk (Garland-Thomsen, 2009) er en form for mikroagresjon som lett går under radaren. Å stirre på det man ikke klarer å plassere i en kategori, er vanlig. Er det en gutt eller jente? Hva er det jeg ser? Å stirre på to jenter som går hånd i hånd, kan være å se om det er to kvinner, men det kan òg være en ubehagelig stirring som en form for å påføre de andre skam.

Mikroagresjon opptrer i ulike former og i ulike sosiale sammenhenger, og kan være en del av usynliggjøringen. Når alt er greit, kommer usynliggjøringen fram i form av å ikke vise interesse for hvordan vi lever, man spør ikke for ikke å støte noen, en slags misforstått høflighet, og får heller ikke korrigert eventuelle fordommer. Man blir fanget et sted mellom å være for nysgjerrig eller å late som det er greit for meg.

Men hva med å være selvlysende? Da blir ofte alle handlinger og utsagn tolket i lys av ens seksuelle legning. Fokuset blir gjerne på seksualiteten som det viktigste ved en person. Unge kvinner som går hånd i hånd, får oppmerksomhet fra menn som gjerne vil bli med dem hjem. Eller de kan oppleve vold fra guttegjenger. Seksualisering er utbredt, og begrepet «lesbian» er en mye brukt kategori på pornosider.

”

Ofte ligger forakten og skammen over ikke å være hetero bak et ferniss av at «nå er det greit»

»



Å tåle å
være anner-
ledes enn
hetero-
normen
er en utfor-
dring

Et av mine sterke minner fra terapirommet var den unge mannen som strevde med å være åpen. Han brukte metaforen at han følte seg som en avskåret rose som snart kom til å visne hen og dø. Han var uten rotfeste og avskåret som en rose; han kunne fortelle alle sine venner at han var homo, men turte ikke fortelle det til sine foreldre. Han var uten bakkekontakt. Å tåle å være annerledes enn heteronormen er en utfordring.

ANSVAR FOR Å ANERKJENNE

Hvordan skal man da navigere i denne sosiale konteksten? Selv har jeg i mange sammenhenger valgt å være *sektiv åpen*, jeg vil helst at folk skal bli kjent med meg før jeg forteller dem om hvordan jeg lever. Jeg vurderer den sosiale konteksten og sier for eksempel på trenings-senteret «det er min kone jeg trener sammen med, ikke venninne». Og hvordan man beveger seg mellom de to ytterlighetene å være selvlysende eller usynlig. Noen velger en strategi der de unngår å nevne hverken kjønn eller navn i lunsjpausen; «var i København i helga», «skal på hytta». Da kan man *passere som hetero*, og man velger en strategi der man beskytter seg. Velger man å være åpen, må man ta eventuelle spørsmål og overraskelser. «Jeg hadde aldri trodd du var lesbisk, du som er så pen.» Det er et utsagn med ulike lag.

Når man velger strategien å passere, skjuler en viktige sider ved livet sitt. De små løgnene kan bli vanskelige å holde rede på, det innebærer avsløringsangst, og nærheten til andre

kan bli skadelidende. I Pia Edwardsens roman (2024) skjønner hovedpersonen at hun er lesbisk og kan ikke akseptere det. Hun kan ikke ha andre nær seg, mannen hun er gift med kan hun ikke være nær, og heller ikke andre. Etter at mannen har gått, isolerer hun seg hjemme og blir syk. Å passere kan være en måte å usynliggjøre seg selv.

En strategi som også er beskrevet i Pia Edwardsens roman, er å *signalisere tydelig* hvem man er gjennom kroppsspråk, klær og hårfrisyrer. Det er å gjøre seg selvlysende. For noen er dette det mest naturlige, mens for andre er det mer naturlig å passere.

Omgivelsenes reaksjon er ofte et sted mellom usynliggjøring, å late som alt er greit, eller å gjøre den andre selvlysende med veldig nysgjerrighet på det å være lesbisk. Et sted midt imellom er å foretrekke. Nysgjerrighet på hvordan man lever og hvordan man har det, er å bry seg.

I teksten om den rosa panteren skrev jeg at: «Terapeuter er en slags representanter for samfunnet. De gir derfor en viss autoritet til egne opplevelser og en bekreftelse om at slik du lever livet ditt er riktig for deg.» Jeg tror begrepene selvlysende eller usynlig fortsatt er gyldige i dag. Psykologer som får homofile og lesbiske i terapi, har ansvar for å anerkjenne hele livet klientene lever og gi autoritet til deres opplevelser av å bevege seg i et heteronormativt samfunn. Psykologer er en del av samfunnet, og har også lidd under en viss berøringsangst for temaer som angår LHBT+. ✖

REFERANSER

- Edwardsen, P. (2024). *En velskapt pike*. Aschehoug.
- Garland-Thomson, R. (2009). *Staring. How we look*. Oxford University Press.
- Haukaa, R., Hoel, M. & Haavind, H. (Red.). (1982). *Kvinneforskning: Bidrag til samfunnsteori. Festskrift til Harriet Holter*. Universitetsforlaget.
- Norli, C. (2024, 28. april). Forfatter Pia Edwardsen gikk i konverteringsterapi. VG. <https://www.vg.no/rampelys/bok/i/Oobly1/forfatter-pia-edwardsen-gikk-i-konverteringsterapi>
- Ohnstad, A. (1992). Den rosa panteren eller en i den grå masse. Forståelse av lesbiske i terapi. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 29(4), 313–321.

Development and validation of the 12-item Video Consultation self-efficacy scale

FORFATTERE Joanna Barbara Baluszek, Siri Wiig, Kai Victor Myrnes-Hansen og Kolbjørn Kallesten Brønnick

DOI 10.52734/tnpf.2023-0007

Videokonsultasjoner kan være et nyttig tilskudd til psykisk helsefeltet. Den potensielle nytten av videokonsultasjoner, eller digital terapi, kom særskilt fram under covid-19-pandemien. Norge er også et langstrakt land, og mange steder er det svært lang reisevei til psykologen. Vi kan derfor tenke at slike løsninger kan være spesielt nyttige i Norge.

Hvorvidt klinikere aksepterer og faktisk bruker videokonsultasjoner, kan avhenge av deres mestringstro på å bruke video-modaliteten. Det å måle slik mestringstro kan identifisere individer som trenger støtte og hjelp. Det var ingen valid og reliabel skala tilgjengelig for å måle mestringstro i en norsk kontekst. Derfor hadde den eksisterende studien som mål å utvikle og validere en ny skala for å måle mestringstro på bruk av videokonsultasjoner i norsk psykisk helsevern.

HOVEDFUNN

Studien identifiserte en skala for mestringstro bestående av tolv testledd. Videre fant forfatterne at skalaen hadde god intern konsistens, som tyder på god reliabilitet. Funnene er også stort sett i tråd med god konvergent og diskriminerende konstruktvaliditet.

METODE

For utvikling av spørreskjemaet brukte forfatterne to runder av Delphi-metoden. Respon-

dentene ($n = 17$ i første Delphi-runde, $n = 9$ i andre Delphi-runde) ble plukket av et større utvalg som forfatterne vurderte som mulige eksperter basert på vitenskapelige publikasjoner, forskning på telemedisin, og ansatte i norske sykehus. Videre ble Chronbachs alpha brukt for å beregne reliabilitet, og Spearmans Rho for å undersøke begrepsvaliditet (konvergerende og diskriminerende validitet).

IMPLIKASJONER

Med studien utviklet forfatterne et måleinstrument for mestringstro på bruk av videokonsultasjoner tilpasset norsk psykisk helsevern. Funnene tyder på god reliabilitet og god innholdsvaliditet. Spørreskjemaet bør valideres i mer spesialiserte avdelinger av norsk psykisk helsetjeneste. Senere studier bør også bruke større utvalg. ✕



FOTO: SKYLIGHT / STEINAR FIGVED

Førsteforfatter Joanna Barbara Baluszek.

Full versjon av artikkelen er publisert på nett:



Meninger

DEBATT

Helsetjenestene må ikke gi opp

Systemets håpløshet må ikke skyves over på individet.



TEKST Solveig H.H. Kjus, Julia Hagen, Irene Wormdahl og Marit Helene Hem



FOTO: NTNU SAMFUNNSFORSKNING AS

KONTAKT solveig.kjus@samforsk.no

MERKNAD

Kjus er medlem av TNPFs redaksjonsråd. Ingen oppgitte interessekonflikter.

DEN SISTE TIDEN har flere medier, som VG, Dagens Næringsliv og Dagsnytt 18, satt søkelys på aktiv dødshjelp eller assistert selvmord, og behandlingsbegrensninger. Enkelte land som tilbyr assistert hjelp til å dø, slik som Nederland og Belgia, har åpnet opp for at dette også kan gis personer som opplever uutholdelig psykisk lidelse. Temaet har blitt aktualisert her til lands blant annet som følge av filmen om søstrene Wilde og Marin Siem, hvor Marintar livet sitt etter mange års psykisk lidelse og søsteren vet at dette skal skje. Vi er bekymret for at personer med langvarige psykiske helseproblemer ikke får hjelpen de trenger, og for at aksepten for selvmord eller assistert selvmord vil øke.

BEHANDLINGSRESISTENT

Når en person med psykiske vansker ikke responderer på behandlingen som gis i psykisk helsevern, kan det skape et feilaktig inntrykk av at vedkommende er «behandlingsresistent» eller «uhelbredelig psykisk syk». I dette mener vi det ligger en håpløshet, maktesløshet og ansvarsfraskrivelse fra hjelpeapparatets side. Problemet og ansvaret legges på individet selv, mens problemet snarere kan være at den psykiatriske behandlingen er mangelfull eller til og med skadelig.

Førsteforfatter Solveig Kjus har egenerfaring med psykiske helseproblemer, og opplevde å bli gitt opp av helsevesenet. For en del år siden sa en overlege til henne: «Du profiterer ikke på behandling, så det er ikke riktig å bruke flere ressurser på deg» (ordrett sitat). Hun tolket det som at det ikke fantes håp om bedring for henne. Heldigvis har hun motbevist dette grundig. Fra å være tvangsinnlagt og gitt opp av psykisk helsevern er hun i dag i deltidsjobb og aktiv på mange områder. Hun har fortsatt symptomer innimellom og trenger støtte fra helsevesenet, særlig fra kommunen, men livskvaliteten er mye bedre. Bedringsprosessen har tatt mange år, og det viktigste i denne prosessen har vært fagfolk som ikke har gitt opp, som har gitt håp, støtte og omsorg. Fra et brukerperspektiv er dermed debatten rundt behandlingsbegrensning og assistert selvmord etter vårt syn særlig skremmende.

HELENDE RELASJONER

Vi oppfatter at utsagnet fra Kjus' tidligere overlege først og fremst er et tegn på psykisk helseverns eller psykiatriens begrensninger og mangelfulle hjelp, ikke at alt håp er ute. Personer i en vanskelig situasjon trenger og ønsker kanskje noe annet enn psykiatrien kan tilby. Ett av problemene kan være at psykiatrien etter

vårt syn hovedsakelig er basert på en medisinsk sykdomsmodell. Vi mener at en for stor tiltro til medisinske intervensjoner kan etterlate inntrykk av at «alt» er forsøkt, og at både pasienter og hjelpere fratras håpet om bedring dersom de medisinske intervensjonene ikke virker – til tross for at det kan være omgivelsene rundt personen og gode relasjoner som er det som virker helende.

Trygghet, omsorg og nok tid til å reise seg igjen kan være viktige ingredienser i en bedringsprosess. Det å ha god psykisk helse er ikke det samme som fravær av symptomer. Det er fullt mulig å ha psykiske symptomer, men likevel ha et godt liv. Psykisk (u)helse er komplekst og må forstås fra et bredt perspektiv og på bakgrunn av ulike individuelle, relasjonelle og samfunnsmessige forhold. Det har også etter hvert kommet mye litteratur som beskriver begrensningene og mulige skadevirkninger ved å legge en medisinsk forklaringsmodell til grunn i forståelsen av og tilnærmingen til psykiske helseproblemer (se blant annet Read & Moncrieff, 2022; Whitaker, 2010).

TILPASSET HJELP

Både FN og Verdens helseorganisasjon (WHO) argumenterer for at det trengs grunnleggende endringer i psykisk helsefeltet. De etterspør økt vektlegging av personsentrerte, menneskerettighetsbaserte og recovery-orienterte tilnærminger, hvor hjelpen tilpasses den enkeltes behov og ønsker og den konteksten vedkommende lever i (UN, 2017; WHO, 2021). Det er mange i Norge som støtter dette synet, og som ønsker en revolusjon i psykisk helsefeltet (Karlsson & Borg, 2022, 2024). Fra et slikt

ståsted er det personens livssituasjon, levevilkår og hverdagsliv i samspill med andre mennesker og omgivelsene som er i søkelys. Det legges vekt på at livskvalitet påvirkes av kontekst og forhold utenfor individet. Videre understrekes viktigheten av medborgerskap, altså at personer med psykiske helseproblemer er likeverdige borgere med de samme rettighetene som alle andre. De skal ha mulighet til å delta på ulike samfunnsarenaer og ha tilgang til hjelp og støtte (Karlsson & Borg, 2022).

For å oppnå slik endring i helsefeltet trengs flere lokalbaserte, fleksible og samarbeidsbaserte tjenester som også er tilgjengelige på kveld og helg. I dag er det etter vårt syn for lite valgfrihet for personer som trenger hjelp, og for dårlig tilgang på hjelp når den trengs.

BEDRING ER MULIG

Det er håp om endring og bedring dersom personen som trenger det, får et tilbud og en støtte som hjelper. Noen ganger kan bedringsprosesser ta lang tid, og stegene mot bedring kan nesten være umerkbare. Kjus opplevde det nyttig at hjelpere påpekte tegn på bedring, små tegn hun selv overså fordi livet var så vanskelig. Det er slike gode, trygge og omsorgsfulle relasjoner, over mange år, som har gitt henne bedre psykisk helse.

For en del mennesker kan livet oppleves så uutholdelig at selvmord anses som den eneste utveien. Det er likevel vår plikt, som medmennesker, hjelpere og forskere, å være bærere av håpet og gjøre det vi kan for å skape enda bedre levevilkår for folk og utvikle bedre hjelpetilbud for dem som trenger det. Ikke gi opp. ✕



Det å ha god psykisk helse er ikke det samme som fravær av symptomer

REFERANSER

- Karlsson, B. & Borg, M. (2022). Menneskerettigheter, recovery og åpen dialog – kan relasjonell recovery være en revolusjonær tilnærming i psykisk helse- og rusfeltet? *Nordic Journal of Wellbeing and Sustainable Welfare Development*, 1(1), 21–34. <https://doi.org/10.18261/njwel.1.1.3>
- Karlsson, B. & Borg, M. (2024). *Psykisk helsearbeid. Medborgerskap, menneskerettigheter og økologi*. Fagbokforlaget.
- Read, J. & Moncrieff, J. (2022). Depression: why drugs and electricity are not the answer. *Psychological Medicine*, 52(8), 1401–1410. <https://doi.org/10.1017/S0033291721005031>
- United Nations (UN) (2017). *Report of the special rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Thirty-fifth session*. <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/ahrc3521-report-special-rapporteur-right-everyone-enjoyment-highest>
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness in America*. Crown Publishers.
- WHO (2021). *Guidance on community mental health services. Promoting person-centred and rights-based approaches*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

Mange stråmenn, men lite fintenkning

Stänicke og Viks innlegg sammenblander dessverre ulike argument. Kanskje vi kan få nøstet opp i de mest sentrale misforståelsene.



TEKST Henrik Berg



FOTO: PRIVAT

KONTAKT

henrik.berg@uib.no

LA OSS ETABLERE et skille. Et spørsmål er om vi kan gå direkte fra «er» til «bør». Et annet spørsmål er hva et faktum er. Selv et verdiladet faktum har ikke åpenbare etiske implikasjoner. Et statistisk signifikant funn med et gitt signifikansnivå gjenspeiler verdier knyttet til sannsynligheten for korrekte og ukorrekte slutninger. Men dette verdiladede faktumet besvarer ikke spørsmålet om hvordan vi bør leve. Vi kan i tillegg ha situasjoner hvor det er etisk riktig å hente inn fakta. Et eksempel er hvordan oljeboring vil kunne påvirke sårbare naturområder. Vi kan ha situasjoner der vi ikke kan trekke slutninger om hva som er etisk riktig, uten å inkludere fakta. Hvis vi for eksempel ønsker å maksimere velvære, må vi ha faktisk kunnskap om hva som skaper velvære, for hvem. Vi kan også ha koblinger mellom de etiske problemkompleksene vi undersøker, og hvilke verdier vi legger til grunn for de fakta vi søker å identifisere. Vi er for eksempel mindre villige til å ta feil når vårt økologiske grunnlag settes på spill, sammenlignet med når vi undersøker konsumentatferd på ferjer. Men ikke på noe tidspunkt har

vi sluttet direkte fra er til bør. Stänicke og Viks argument er i beste fall irrelevant og i verste fall en stråmann.

I Stänicke og Viks vidunderlige verden er et spedbarns pust nok til å påkalle etisk korrekt handling. Om verden bare hadde vært slik! Men spedbarns interesser blir ikke ivaretatt av at vi forutsetter en slags instinkt teori hvor alle automatisk «forstår» hva som er etisk riktig handling når de ser et spedbarn. Et spedbarns sårbarhet påkaller for de aller fleste handling, men ikke hvilke mål vi bør realisere for dette spedbarnet. Hvis Stänicke og Vik klarer å lese hvilke mål vi bør realisere, fra å observere et spedbarn, håper jeg de deler denne kunnskapen med oss andre. Hvis ikke er eksempelet i grunnen irrelevant.

I en bok jeg har skrevet om temaet, *Evidens og etikk* (2020), påpeker jeg hvor krevende det er å oppnå god integrasjon av fakta og verdier i psykoterapi. «Premisset» om at integrasjon er enkelt, som Stänicke og Vik tilskriver meg, er naturligvis galt (stråmann). Jeg har til og med fremhevet at selv-refleksivitet er en nøkkeldygd for å kunne tematisere blindsoner en psykote-



Faksimile fra juniutgaven

rapeut kan ha (stråmann). Mine standpunkt er altså diametralt motsatte av de Stänicke og Vik tillegger meg.

Deretter en ny tung påstand: Et menneskesyn impliserer hva et godt liv er. Men hva med et prototypisk behavioristisk menneskesyn: Et menneske er en funksjon av assosiasjoner mellom ulike stimuli samt stimuli og respons. Hvor er kunnskapen implisert om hva et godt liv er her? – Også denne påstanden er uriktig. Ikke fordi menneskesynet *nødvendigvis* er irrelevant, men fordi det ikke angriper det mest sentrale spørsmålet: Hva er målet for psykoterapi, eller hva er «det gode» (som søkes besvart i normativ etikk)?

At psykoterapiskoler er tuftet på etos, betyr ikke at psykoterapiskolers etos er den eneste verdien som er satt i spill i psykoterapi. Det finnes en rekke – moralske og ikke moralske – verdier som er kritiske i psykoterapi og ellers i livet. Dette er nok en stråmann.

Gode argumenter står på egne bein. Stänicke og Viks utstrakte bruk av stråmenn tyder kanskje på at de ikke har så mange av dem. ✘

REFERANSER

- Berg, H. (2020). *Evidens og etikk. Hva er problemet med evidensbasert praksis i psykologi?* Fagbokforlaget.
- Stänicke, E. & Vik, O.M. (2024). Fintenkning om menneskesyn og etos. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(6), 408–409. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2024/05/fintenkning-om-menneskesyn-og-etos>



Mine standpunkt er altså diametralt motsatte av de Stänicke og Vik tillegger meg



En multisystemisk tilnærming til ufrivillig skolefravær

Jeg drømmer om at en koordinatorpsykolog blir det selvfølgelig tiltaket når ungdom ikke makter å gå på skolen.

DE SISTE ÅRENE har jeg som privatpraktiserende psykolog møtt stadig flere ungdommer som ønsker å gå på skolen, men av ulike årsaker ikke får det til. Det de har felles, er at veien tilbake til en meningsfull og trygg skolehverdag fremstår lenger for hver dag som går. Rundt dem står ofte foreldre, skoleansatte og hjelpere som føler seg maktesløse og usikre på hvilken vei som vil føre til positiv endring.

Det føres så vidt meg bekjent ingen helhetlig statistikk over ufrivillig skolefravær. Det er således vanskelig å si om økningen jeg erfarer, reflekterer en reell økning av problemet. Uavhengig av omfang er det liten tvil om at situasjonen er fortvilende for både hovedpersonen og menneskene rundt, og at den kan bli roten til mange følgeproblemer. Hver ungdom uten et fremtidig arbeidsliv er også en enorm samfunnskostnad. Hvorfor vi da har så kronglete og dårlige systemer for å forhindre skolefrafall på et tidlig stadium, er for meg en gåte.

EFFEKTIVITET OG HELHET

Når hverdagen er utrygg og mestringsfølelsen uteblir, er det etter min erfaring viktig med hel-

hetlig tenkning og klar ledelse. Likevel mangler dette ofte i arbeid med ungdom, kanskje særlig ved ufrivillig skolefravær. Lærere har verken tid eller ressurser til individuelt og koordinerende arbeid. De er nedlesset i byråkrati, nasjonale prøver og årshjul, og har ingen klare føringer i sin arbeidsinstruks om å prioritere et godt sosialt miljø ved starten av skoleåret. De har heller ikke psykologfaglig kompetanse. Elever som strever, blir dermed prisgitt en spesielt engasjert og «psykologi-minded» lærer (og disse lærerne møter jeg ofte sykemeldte og utbrente i min praksis), eller de henvises videre til et tilfeldig tiltak hvor problemet forsøksvis skal fikses i et vakuum.

Så vidt jeg vet, finnes ingen felles oversikt over alternativene til et standard akademisk løp eller noen systematikk i hvordan fagfolk tilnærmer seg problemet etter ungdomsskolen. Dette gjør det svært krevende å finne løsninger ungdommen kan profitere på. Mens det for 20–30 år siden var mulig å finne arbeid til en 15-åring med et par telefoner, beror kjennskap til de lokale tiltakene i dag på tilfeldigheter eller idealisme. En eller annen lokal bedrift her, »



TEKST

Andrine Bruland

KONTAKT

psykolog.
bruland@gmail.com

MERKNAD

Ingen oppgitte
interessekonflikter

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen



... dagens
samfunn
mangler
ledelse
mer enn
noen gang

et skip der. I tillegg tar prosessen med å koble på hjelpeapparat eller finne gode arenaer for tilhørighet og mestring fryktelig lang tid. Tid ungdommen aldri får tilbake.

LEDELSE DRUKNER I VALIDERING

Jeg mener vi i dagens samfunn mangler ledelse mer enn noen gang. Og i tilfellene hvor skolefraværet har elementer av angst, er behovet for ledelse særlig viktig. Se for deg at du skal gjøre en ny Kompani Lauritzen-aktig utfordring hver eneste morgen, og at du aldri vet hva som møter deg. Trenger du en rekke personer som mener ulike ting, og spør hva du føler for å gjøre? Eller trenger du en som tar deg i hånden og sier «Nå skal du høre. Dette kommer til å skje, og vi skal alle være der sammen med deg»? For meg er svaret enkelt.

Jeg undres på om noe av grunnen til økt skolefravær kan handle om økt mangel på ledelse. Opplæringsloven § 9 A skal sikre elever et trygt og godt skolemiljø, men skaper for mange lærere frykt for å begå lovbrudd. I mitt virke har jeg møtt lærere som har mottatt klager for å ha foreslått tilrettelegging på skolen istedenfor å tillate at eleven går hjem ved opplevd ubehag (for eksempel mensmerter, nedstemthet eller engstelighet). Jeg har møtt lærere som har fått kutt- og bruddskader fra aggressive elever de ikke har turt å forsvare seg mot. En lærer kan i dag risikere å miste jobben for å ha krenket eleven i tilfeller jeg mener representerer nødvendig ledelse. Det er klart dette vanskeliggjør skolens mulighet til å være en arena hvor eleven får utfordre seg selv, og dermed oppleve mestring.

Dikotomien mellom ledelse og validering finner vi også i hjemmet, noe Zemir Popovac (2024) var inne på i aprilutgavens kronikk «Validering på avveie». Jeg mener for mange foreldre misforstår validering og i stedet forsøker å eliminere ubehag. De slipper roret og forventer at samfunnet skal tilpasse seg barnets ønsker til enhver tid.

Dette tilkjennegir seg på skolen ved at «barnet mitt blir engstelig av å snakke foran andre», omsettes til et krav om at «barnet mitt må få slippe å snakke foran andre». Eller at «barnet mitt har ikke mange venner på skolen», blir til «barnet mitt må få slippe å være rundt de andre barna som ikke inkluderer hen». Barnet går slik glipp av viktig sosial kompetanse, noe som kan få alvorlige konsekvenser på sikt. Jeg bekymrer

meg for festene, arbeidslivet og familielivet til neste generasjon, dersom vi fratar barn anledninger til å trene opp kompetanse til å håndtere behov som går på tvers av hverandre. Det er klart det finnes eksempler på alvorlige situasjoner barn må skjermes fra, men jeg mener det i dag er en tendens til å ville eliminere ubehag som unge heller burde øve på å mestre.

BEHOV FOR KOORDINERT INNSATS

I en skolefraværssituasjon, hvor det mangler tydelig ledelse som kan balansere behovene hos ungdommen, pressede lærere og fortvilte foreldre, kan det oppstå mange halvhjertede forsøk i ulike retninger. En henvisning til PPT, BUP eller spesialscole. Ventetiden kan vare i månedsvis, gjerne etterfulgt av et avslag begrunnet med at ungdommen er henvist til feil ansvarsområde for aktuell problematikk, eller ikke passer inn i rammene for det aktuelle tiltaket. I mellomtiden får eleven kanskje noen samtaler om psykologisk førstehjelp hos en helsetykepleier. Foreldre veksler mellom press og resignasjon, kjeft og dårlig samvittighet. Ingen vet helt hvem som snakker med hvem. Klokka tikker, ungdommen ser russetiden med jevnaldrende forsvinne i horisonten, og livsgnisten med den. Og det er da jeg ønsker meg en koordinatorpsykolog.

TILGJENGELIG OG PÅKOBLET

For noen år siden jobbet jeg i MST (multisystemisk terapi), et statlig barnevernstiltak for ungdom med atferdsvansker. I en multisystemisk modell tas det utgangspunkt i at problemene er sammensatte, og at det er påvirkende faktorer i hjemmet, på skolen, individuelt og i vennegjengen. Da unngås x antall ustrukturerte møter hvor skole og hjem skylder på hverandre. Alle konsentrerer seg om sine medvirkende faktorer og sine konkrete oppgaver.

Navet i denne modellen er koordinatoren. En psykolog som settes inn for å gjøre kartlegging på tvers av systemer, utarbeide planer og ikke minst følge opp planene, evaluere og eventuelt justere. Vedkommende er tilgjengelig på telefon hele tiden, men systemet gjør jobben.

Selv om jeg forlot Bufetat, har den multisystemiske tankegangen blitt værende i ryggmargen min. Jeg har mang en gang sittet alene i privatpraksisen min med taksameteret tikkende og ønsket meg en lignende ordning for de ungdommene som reagerer på livets utfordringer

med å bli under dynen istedenfor å sette fyr på søppelspann. Jeg mener en lignende modell kan og bør overføres til saker som omhandler ufrivillig skolefravær.

Når far har fått i oppgave å holde hodet kaldt og vekke ungdommen med omsorg, men kjenner at han er forbannet, kan han få en ti minutters peptalk med psykologen før han går inn. Når kontaktlæreren blir usikker på om hun skal pushe eleven til å gjennomføre gruppearbeidet, kan hun sende en SMS til psykologen og få svar umiddelbart. Ingen trenger å vente tre uker på nytt møte. Psykologen kan tekste direkte med eleven, ønske lykke til på tentamen og spørre hvordan den praten med venninnen gikk. Alle leder i samme retning mot et felles mål.

LAVERE KOSTNAD, STØRRE EFFEKT

Et slikt tiltak vil kreve at psykologen har få klienter om gangen for å kunne være tett nok på, og dette blir kostbart. Samtidig er prislappen lommerusk når kostnaden sammenlignes med døgnopphold eller andre tiltak, og besparelsen ved å få en elev inn i et langt, skattebetalende yrkesliv. Og de som gjør den største jobben, er landsbyen. Å bruke foreldre, besteforeldre, venner og lærere rundt ungdommen utgjør ingen økt økonomisk kostnad. Med strukturerte og monitorerte tiltak vil de involverte antagelig oppleve at arbeidsmengden blir mindre enn den var da de strevde alene uten struktur. Ved å komme inn tidlig og få i gang motiverende tiltak med synlig effekt trenger tiltaket heller ikke vare lenge. I MST bruker terapeuten tre- seks måneder fra oppstartsmøte til sluttmøte.

I drømmescenariet mitt, hvor koordinatorpsykologen er det selvfølgelige førstevalget ved skolefravær, vil de andre «tuene» med kreative og spennende tiltak kunne melde inn til koordinatorpsykologen i det respektive området. Slik vil psykologen alltid ha god oversikt over de lokale arbeidsplassene og dagtilbudene.

KREATIVITET OG HANDLEKRAFT

Vi psykologer jobber som regel enten i et offentlig system nedlesset i byråkrati, ventelister og høyt arbeidspress med liten faglig fleksibilitet, eller i privatpraksis, hvor kostnaden for familiene er for høy til at psykologen kan drive koordinerende, multisystemisk arbeid. For å kunne gi best mulig hjelp, særlig til ungdommer, må vi være enkle å få tak i, komme raskt i gang, ta ledelse og skreddersy tiltak til individet innenfor rammer vi vet fungerer.

For å få dette til bør jeg i multisystemisk ånd fordele tiltakene på hele systemet. Så for at drømmen min om koordinatorpsykologen skal bli en realitet, trenger jeg at alle som leser dette, kan tenke etter: Hva kan *jeg* gjøre for å bidra? Er du en pengesekkforvalter som kan sponse et pilotprosjekt, eller leder i kommunen som kan tilrettelegge for slik ressursbruk? Er du skolepsykolog som kan be rektor om å få jobbe på denne måten i en prøveperiode, eller BUP-kontorets rebell som nekter å forholde deg til begrensningene? Er tanta di høytstående politiker, eller har du egen erfaring med at noe slikt har eller ville ha nyttet for deg, og kan snakke høyt om det?

Hvis én tar tak i roret, kan mye skje. ✕

REFERANSE

Popovac, Z. (2024). Validering på avveie. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(4), 254–257. <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2024/03/validering-pa-avveie>



ELISABETH EVJE er spaltist i juliutgaven.

KONTAKT elisabethfe@hotmail.com

MERKNAD

Forfatteren er medlem av fagutvalget i eldrepsykologi i Psykologforeningen.

NYE STEMMER

En spalte hvor yngre psykologer deler sine betraktninger fra fagfeltet.

Eldre er voksne

Som psykolog i eldreområdet har jeg oppdaget hvor mangelfull psykisk helsehjelp mange eldre får, og blitt tvunget til å konfrontere min egen alderisme.

Ja, eldre er voksne. Alderspsykiatriavdelinger godkjennes», leste jeg. Jeg hadde sendt mail til Psykologforeningen for å spørre om døgnpraksis på alderspsykiatrisk ville bli godkjent som del av min spesialisering i klinisk voksenpsykologi. Jeg fikk svar på det jeg lurte på. Men svaret satte også en støkk i meg. Om det var rådgiverens intensjon å sette meg på plass, vet jeg ikke, men jeg følte meg likevel litt skamfull. Selvfølgelig er eldre voksne – hvorfor skulle ikke alderspsykiatrisk avdeling blitt godkjent i en voksenspesialisering? Tenkte jeg at eldre mennesker hadde helt andre problemstillinger?

Jeg trodde jeg var ganske fordomsfri overfor eldre, men jeg innser at jeg hadde tenkt på eldre mennesker som noe *annet*. Jeg hadde holdninger basert på ubevisste, implisitte stereotyper om at alle pasienter i alderspsykiatrien var skrøpelige, demente og lite endringsvillige. Det er flaut å innrømme at jeg var redd for at jobben skulle være kjedelig, men jeg trengte praksis på en døgnavdeling og signerte kontrakten.

ALDRING STARTER I LIVMOREN

Nå har jeg jobbet ved alderspsykiatrisk avdeling i halvannet år. Jeg har fått utfordret mange av disse fordommene og oppdaget hvor givende arbeidet er. Aldring er interessant, og dessuten noe som angår oss alle kontinuerlig. «Aging starts in the womb», som tittelen på et tidligere forskningsprosjekt ved Senter for livsløpsendringer i hjerne og kognisjon presiserer.

Jeg oppdaget at eldre voksne er svært forskjellige, og har like varierte problemstillinger som yngre voksne jeg har jobbet med på DPS. Mange har konfliktfylte eller vanskelige familieforhold. Noen har kognitiv svikt og ulike demenssykdommer. Jeg må etter beste evne forsøke å være både nevropsykolog, en slags familieterapeut og generell behandler sammen med legene. Når man jobber med eldre voksne får man virkelig muligheten til å utvikle generalistkompetanse.

Jeg ser at pasientene får det bedre på avdelingen. Men noen ganger er det tydelig at de burde fått hjelp på et langt tidligere tidspunkt, før de blir alvorlig syke og innlagt i spesialisthelsetjenesten. For noen øker symptomtrykket igjen før utskrivelse. Dessverre får flere tilbakefall og blir reinnlagt. Pårørende er bekymret og fortvilte. Hva handler dette om?

PSYKOLOGISK REVOLUSJON

Etter at jeg begynte å jobbe med eldre voksne, har det gjort meg trist og sint å oppdage hvor annerledes tilbudet for psykisk helsehjelp blir etter man har fylt 65 år. Ikke fordi det å bli eldre i seg selv trenger å være vanskelig. Vi ser at personer i aldersgruppen 65–74 år i Norge rapporterer om *økende* livskvalitet til forskjell fra unge (Nes et al., 2024). Svært mange eldre lever gode liv, håndterer de utfordringene som måtte komme og er en viktig støtte for sitt nettverk. Eldres samlede verdibidrag i frivillig arbeid anslås til omtrent 50 milliarder

kroner frem mot 2030 (Meld. St. 15 (2017–2018)). Mange eldre er viktige bidragsyttere i samfunnet. Jeg blir sint fordi dette handler om å ha like rettigheter til helsehjelp.

Jeg mener vi trenger en psykologisk revolusjon i eldrefeltet. Eldre voksne er gjennomgående underrepresentert i kontakt med psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2018), selv om vi vet at de også har god effekt av psykoterapeutisk behandling (for eksempel Saunders et al., 2021). I stedet for terapi blir mange behandlet utelukkende medikamentelt. Fastleger viderehenviser ofte ikke sine eldre pasienter med psykiske plager fordi de opplever at det ikke finnes et godt nok tilbud, og privatpraktiserende psykologer har få eldre voksne i sin praksis (Brunvold & Lunde, 2014). I eldrefeltet ser jeg også at det systemiske familieperspektivet har for lite plass.

PSYKISK HELSE HOS ELDERE VOKSNE

Med kunnskap fra klinisk helsepsykologi vet vi hvor viktig det er å behandle psykiske helseplager, fordi det medfører økt risiko for somatiske sykdommer og vanskeliggjør etterlevelse av behandling og rehabilitering (Helsedirektoratet, 2009). Eldre voksne har oftere somatiske sykdommer og er dermed også mer sårbare for utvikling av psykisk uhelse (Langballe & Evensen, 2011). Men depresjon er noen ganger vanskelig å fange opp fordi symptomene kan manifestere seg på atypiske måter. Depresjon hos eldre voksne er derfor ofte udiagnostisert og ubehandlet. Negative selvstereotyper gjør også at mange ikke oppsøker hjelp.

Det kan virke som om man glemmer at eldre mennesker har en psykisk helse. Riksrevisjonen gjorde i 2018–2019 en undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. I rapporten beskriver de hvor viktig det er å fokusere på underernæring hos eldre, munnhelse, legemiddel-håndtering og velferdsteknologi. Dette er viktig, men det er sjokkerende at Eldres *psykiske* helse ikke er nevnt eksplisitt i rapporten med ett ord! Særlig når vi vet at det er høy forekomst av depresjon og psykose på sykehjem, og at vold mot eldre voksne er et seriøst og alvorlig menneskerettighetsproblem.

HVOR ER PSYKOLOGENE?

Det er et tankekors at så få psykologer jobber i tverrfaglige team på sykehjem eller i hjemmetjenesten. Det er et tydelig behov for mer kompetanse på psykisk helse i eldreomsorgen. Et eksempel på dette fikk jeg fra en svært engstelig kvinne som fortalte meg i inntakssamtalen at hjemmesykepleien hadde sluttet å ta telefonen siden hun ringte så ofte. Så klart økte hennes fortvilelse av dette.

Når flere av oss lever lengre enn før, vil psykologer oftere komme i kontakt med eldre mennesker. Da har vi alle behov for mer kunnskap om eldrepsykologiske problemstillinger. Forebygging av psykisk sykdom hos eldre voksne er dessuten sentralt i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Det er synd at verken obligatorisk eller valgfritt program i eldrepsykologi tilbys per nå.

EGEN ALDERISME

Det har vært en vekker for meg å bli klar over mine egne fordommer overfor eldre mennesker. Jeg tar meg selv stadig vekk i subtil alderisme. En gang hørte jeg meg si til andre psykologer: «Det er faktisk veldig interessant å jobbe med eldre», som om jeg måtte overbevise både meg selv og



Det kan virke som om man glemmer at eldre mennesker har en psykisk helse



de andre om det. Jeg lurer på om disse mer eller mindre (u)bevisste fordommene gjør at vi ikke søker oss til arbeid rettet mot eldre.

Psykisk helse handler ikke om fravær av symptomer, men om fellesskap, trygghet, sammenheng, mestring og mulighet for vekst. Dette er viktig i alle livets faser. I eldre år møter det oss nye utviklingsoppgaver som vi kan

trene hjelp til å forstå og håndtere. Jeg ser et helt enormt potensial i eldrefeltet bare vi psykologer tar plass. Om det som hindrer oss, er negative stereotypier og andregjøring av eldre mennesker, må vi kanskje minne oss selv på det rådgiveren i Psykologforeningen presiserte for meg i mailen, at eldre *er* voksne. Akkurat som deg og meg. ✕

REFERANSER

- Brunvold, A.R. & Lunde, L.-H. (2014). Eldre i psykotterapi: En undersøkelse av fastlegers henvisningsrutiner og praksis. *Psykologtidsskriftet*, 49(2), 142–152. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/02/eldre-i-psykotterapi-en-undersokelse-av-fastlegers-henvisningsrutiner-og>
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018). *SAM-DATA spesialisthelsetjenesten: Bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne 2013-2017*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/bruk-av-tjenester-i-det-psykiske-helsevernet-for-voksne-2013-2017/2018-06%20Pasienter%20og%20behandlingsaktivitet%20VOP%202013-2017.pdf>
- Langballe, E.M. & Evensen, M. (2011). *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser*. Nasjonalt folkehelseinstitutt, Divisjon for psykisk helse. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/eldre-i-norge-pdf.pdf>
- Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/sec1>
- Nes, R.B., Hansen, T., Eilertsen, M.G., Røysamb, E. & Nilsen, T.S. (2024). (U) Balanse i lykkeregnskapet: De eldre i oppsving, de yngre sakker akterut. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/ps/livskvalitet-og-trivsel/ubalanse-i-lykkeregnskapet-de-eldre-i-oppsving-de-yngre-sakker-akterut/>
- Riksrevisjonen. (2018-2019). *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2018-2019/tilgjengelighet-kvaliteteldreomsorgen.pdf>
- Saunders, R., Buckman, J.E. J., Stott, J., Leibowitz, J., Aguirre, E., John, A., Lewis, G., Cape, J. & Pilling, S.. (2021). Older adults respond better to psychological therapy than working-age adults: Evidence from a large sample of mental health service attendees. *Journal of Affective Disorders*, 294, 85-93. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.084>

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.

Vil du skrive for Psykologtidsskriftet?

FOTO: GLENN CARSTENS/PETERS / UNSPLASH

Vi ønsker ditt manuskript velkommen

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

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

SKRIV OG SEND INN

Vitenskapelige artikler sendes inn via vår manuskriptsentral:

<https://mc04.manuscriptcentral.com/psykologtidsskriftet>

Øvrige manuskripter sendes på e-post til redaksjonen@psykologtidsskriftet

Husk å angi sjanger i emnefelt.

Kontakt oss gjerne dersom du synes det er vanskelig å finne en sjanger som passer for din tekst. Du kan finne mer informasjon og forfatterveiledning på Tidsskriftets nettsted. Besøk undersiden *Skriv for oss* på psykologtidsskriftet.no.

Skriv for oss:



ANMELDT: BOK

Tørr håndbok om usunn alkoholbruk blant eldre

En nyttig, konkret og kortfattet veileder som beskriver tilnærminger ovenfor eldre pasienter som sliter med usunn alkoholbruk.



BOK *Unhealthy Alcohol Use in Older Adults*

FORFATTER

Erin L. Woodhead

FORLAG Hogrefe

ÅR 2024

SIDER 108

ANMELDT AV Ane

Bjørn Fjeldsæter,
Trondheim kommune

MERKNAD

Anmelder er medlem av fagutvalget i eldrepsykologi. Ingen interessekonflikter oppgitt.

MELLOM 2020 OG 2050 vil antallet mennesker over 60 år i verden doubles. Besteforeldrebølgen er her, og besteforeldrene drikker mer enn tidligere. *Unhealthy Alcohol Use in Older Adults* er dermed opplagt relevant. Vi kan falle i flere feller i møte med eldre pasienter som drikker. På den ene siden kan vi bli naive og bagatellisierende, ønske dem alt som er godt i livet, om det gir promille eller ei. På den andre siden kan vi bli moralistiske og hevde at eldre bør ta særlig ansvar for egen helse, og at alkohol ikke hører hjemme på sykehjemmet. En tredje felle er å tenke at eldre pasienter bare skal behandles som voksne med høy alder.

KAN IKKE DRIKKE «SOM FØR»

Eldres alkoholbruk bør ikke sees som en forlengelse av alkoholvaner i voksenlivet. Alkoholmetabolismen endres betydelig i aldringsprosessen, slik at å drikke «som før» i eldre år kan innebære et alkoholmisbruk. Kartlegging og diagnostikk bør ta høyde for at å drikke som før kan føre med seg vesentlig helserisiko. Dette, kombinert med at aldring kan innebære mer sammensatte helseutfordringer, og at flere eldre pasienter bruker faste medisiner som kan ha interaksjonseffekter med alkohol, er sterke argumenter for at vi bør sette oss ekstra godt inn i konsekvensene av alkoholbruk for

eldre pasienter. Aldring innebærer også livsoverganger som endrer hverdagens struktur for individer eller familier, slik som å gå av med pensjon, miste en partner eller ektefelle, eller å oppleve helsetap. Erin Woodheads bok gir en gjennomgang av hva det er relevant å kjenne til i så måte. Både kartlegging, kortere intervensjoner og mer omfattende oppfølging bør tilrettelegges for den eldre pasienten, og boka gir en oversiktlig gjennomgang av hvordan dette kan gjøres.

PRAKSISNÆR, MEN IKKE SPESIELT SAFTIG

Unhealthy Alcohol Use in Older Adults er praksisnær, konsis og gjennomarbeidet, og kunne med enkle grep ha blitt redigert direkte om til en av Helsedirektoratets veiledere eller rundskriv. Dessverre er den heller ikke spesielt mye saftigere lesing enn ovennevnte tekster. Selv om den er krydret med enkelte kliniske vignetter, er den gjennomgående saklig og nøktern i stilen. Det boka vinner på dette, er at den blir konkret og kortfattet, og når teksten knapt utgjør 100 sider, inkludert referanser, er det nesten utilgivelig å ikke lese den når vi vet hva stadig flere psykologer skal jobbe med i framtiden. Jeg oppfatter det som at boka har en tydelig agenda om at eldre med rusvaner skal fanges opp tidligere og få mer like-



MER MÅTEHOLD Eldres alkoholbruk bør ikke sees som en forlengelse av alkoholvaner i voksenlivet. Foto: David Hornback/NTB Scanpix

verdig og tilpasset hjelp. Dette kommer fram både i bokas innhold og form. Det mest omfattende kapittelet omfatter intervensjoner rettet mot eldre pasienter med rusutfordringer, og omtaler både terapeutens metoder og behovet for koordinasjon og tverrfaglighet i møte med disse pasientene. Polyfarmasi er en særlig relevant utfordring, og hvordan alkohol kan påvirke virkning (eller bivirkning) av øvrige medikamenter. Kapitlene avsluttes med tydelige oppsummeringer med de sterkeste anbefalingene fra hvert kapittel, slik at det er lett å hente fram informasjonen en trenger fra teksten.

Jobber du med rusbehandling, bør du lese boka for å forstå den eldre ruspasienten. Jobber du med voksne, bør du lese boka for å forstå alkoholkonsum i et livsløpsperspektiv, og å kjenne til hvilke særlige problemstillinger alkoholbruk kan være forbundet med hos pasienter over 65 år. Jobber du med folkehelse, håper jeg denne utfordringen allerede står høyt på agendaen din, og at boka ligger klar på nattbordet eller hvor enn du foretrekker å bli klokere. ✘

”

det [er] nesten utilgivelig å ikke lese den når vi vet hva stadig flere psykologer skal jobbe med i framtiden

DEN UKJENTE PASIENTEN

Margarethe Csonka i
Strobl sommeren 1919.

Foto: Archive Sigmund
Freud Privatstiftung Vienna



Freuds ukjente pasient

En fascinerende fortelling om en av Freuds hittil ukjente pasienter kaster lys over tidlige psykoanalytiske teorier om homoseksualitet.

Den psykoanalytiske settingen kan innebære et intenst møte mellom analytiker og pasient. Dette innebærer at de tidlige pasientene i psykoanalysens historie er svært viktige, da de ofte var avgjørende for å inspirere sine terapeuter både med hensyn til teoretisk utvikling og utviklingen av terapeutiske teknikker. Selv om Freud var ekstremt nøye på ikke å publisere noe som kunne bevirke at pasientene ble gjenkjent, enten ved å forvrengte enkelte kjensgjerninger eller å unnlate å publisere enkelte kasus i det hele tatt, har det vært mulig ved møysommelige detektivarbeider å identifisere de aller fleste av pasientene. Alle pasientene i *Studies on Hysteria* (Breuer & Freud, 1895) er identifisert (se Swales, 1986, 1988 for eksempler). Personene bak pseudonymene i samtlige av Freuds kasushistorier er identifisert; «Dora» (Freud, 1905a) er Ida Bauer (1882–1945), «Lille Hans» (Freud, 1909a) er Herbert Graf (1903–1973), «Rottemannen» (Freud, 1909b) er Ernst Lanzer (1878–1914), og «Ulvemannen» (Freud, 1918) er Sergius Pankejeff (1887–1979).

LIVET ETTER TERAPIEN

Litteraturen omkring identifiseringen av pasientene kan være fascinerende i seg selv. Supplerende kunnskap om pasientenes liv, og en

kontekstualisering ved å studere andre kilder, kan styrke Freuds tolkninger, og også gi rom for supplerende og alternative tolkninger (f.eks. Bernheimer & Kahane, 1990; Borch-Jacobson, 1996, 2021; Decker, 1991; Larsen, 2004). For eksempel ble «Doras» bror Otto Bauer en fremtredende politiker og var i førti år en sentral skikkelse både i østerriksk politikk og i den internasjonale sosialdemokratiske bevegelsen. Han var utenriksminister i Østerrike i atten måneder i 1918–1919. Det eksisterer derfor en omfattende biografisk litteratur om ham som inneholder mye supplerende informasjon om familien (Larsen, 2011). Når en sammenholder Freuds beskrivelse med dette materialet, vil en kunne bli slått av hvor presist han beskriver den emosjonelle dynamikken i familien ut fra at han kun hadde informasjon fra samtaler med «Dora» og med hennes far. På samme måte vil det være interessant å vite hvordan det gikk med pasientene senere i livet, etter behandlingen. Eksempelvis ble Josef Breuers pasient «Anna O» (Breuer & Freud, 1895) en kjent filantrop og feminist og ble avbildet på tyske frimerker (Ellenberger, 1972), «Lille Hans» ble sceneinstruktør på Metropolitan Opera i New York (Opera News, 1972), «Ulvemannen» levde som forsikringsagent i Wien og ble intervjuet 60 år etter sin analyse hos Freud (Obholzer, 1982).

BOK *Sigmund Freud and his patient Margarethe Csonka. A case of homosexuality in a woman in modern Vienna*

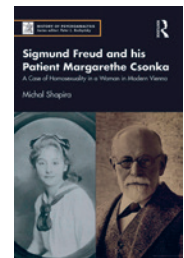
FORFATTER

Michal Shapira

ÅR 2023

FORLAG Routledge

SIDER 144



TEKST Kim Larsen, Sykehuset Østfold/ RVTS

KONTAKT Kim. Larsen@so-hf.no

MERKNAD

Ingen oppgitte » interessekonflikter



Freud finner ingen
psykopatologi hos henne
og ser ikke behovet for
videre behandling

Andre tilnærminger innenfor denne litteraturen er også å forsøke å gjen-skape Freuds terapeutiske teknikk ved skildringer fra pasientene selv (Roazen, 1995) eller å dokumentere analysenes varighet og frekvens ved å undersøke Freuds eget pasientregister (May, 2018).

DEN UKJENTE PASIENTEN

På denne bakgrunn er det påfallende at pasienten i Freuds siste kasushistorie, *The Psychogenesis of a Case of Homosexuality in a Woman* (1920), ikke ble identifisert inntil Ines Rieder og Diana Voigts biografi/memoarbok om henne, *Die Geschichte der Sidonie C.: Sigmund Freud's berühmte Patientin* (2000). Boken ble kun utgitt på tysk, og pasienten ble tildelt et pseudonym etter eget ønske, angivelig fordi hun selv ville ha et vakrere navn enn sitt eget. Disse to faktorene bevirket at identifiseringen av pasienten ikke ble videre kjent i den engelskspråklige verden før denne boken ble oversatt til engelsk i 2019. Så endelig; i 2023 får vi en bok som kontekstualiserer både pasienten og Freud i sin samtid. Pasienten heter Margarethe (Gretl) Csonka (1900–1999).

Margarethe Csonka (gift von Trauteneegg) gikk fire måneder i analyse hos Freud i 1918. Hun var født inn i overklassen i Wien og hadde tre brødre: Hans (f. 1899), Paul August (f. 1905) og Alexander Walter (f. 1917). Faren Arpad Csonka eide en bedrift som fremstilte parafinolja som var betydningsfull for krigsinnsatsen under første verdenskrig. Sommeren 1917 var Margarethe innlosjert i Grand Hotel Panhaus i Semmering sammen med moren og en guvernante. Her får hun under spaser-turer øye på den omtrent ti år eldre baronesse Leonie von Puttkamer, som går arm i arm med en annen kvinne, noen ganger fulgt også av en mann. Margarethe føler en intens tiltrekning. Guvernanten gir uttrykk for misbilligelse begrunnet i at von Puttkamer er lesbisk. Margarethe blir helt besatt av baronessen, finner ut hvor hun bor, og etter hjem-komsten til Wien spionerer Margarethe utenfor boligen hennes i Linke Wienzeile, blant annet ved å oppholde seg i en telefonboks like utenfor. Leonie von Puttkamer bor i leiligheten i Linke Wienzeile som en del av en familie, hvor hun har en rolle som mannens elskerinne samtidig som hun også har sex med konen og blir forsørget av dem. Von Puttkamers adelige slekt er blitt ruinert, og hun har siden det skjedde, livnært seg ved en slags luksusprostituasjon (hun er i Freuds kasushistorie omtalt som «cocotte»). Etter omfattende spionering tar Margarethe mot til seg og tar kontakt med baronessen med følgende replikk: «I am only here for one reason: to see you» (Shapira, 2023, s. 77). Csonka og Puttkamer møtes deretter jevnlig på kafeer i området og går turer der. Margarethes far får nyss om forholdet, og i begynnelsen forsøker han å true Margarethe til å avslutte forbindelsen. Det gjør hun ikke, og en dag skjer det uunngåelige; de treffer på faren, som har kontor i nærheten, under en av sine turer. Margarethe får panikk og løper av gårde. Freud beskriver hva som deretter skjedde: «He passed them by with an angry glance which boded no good. Immediately afterwards the girl rushed off and flung herself over a wall down the side of the cutting on to the suburban railway line which ran close by. She paid for this undoubtedly serious attempt at suicide with a considerable time on her back in bed, though fortunately little permanent damage was done. After her recovery she found it easier to get her own way than before. The parents did not dare to oppose her wish with so much determination, and the lady, who up till then had received her advances coldly, was moved by such an unmistakable proof of serious



KRIGSÅRENE I HAVANNA Margarethe Csonka på en terrasse i Havanna på tidlig 1940-tallet.
Foto: Archive Sigmund Freud Privatstiftung Vienna

passion and began to treat her in a more friendly manner» (Freud, 1920, s. 272-273).

Litt senere i kasushistorien refererer Freud Margarethes fremstilling av som hadde skjedd: «She had confessed to the lady that the man who had given them such an irate glance was her father, and that he had absolutely forbidden their friendship. The lady became incensed at this and ordered the girl to leave her then and there, and never again wait for her or to address her – the affair must now come to an end. In her despair at having lost her loved one forever, she wanted to put an end to herself» (Freud, 1920, s. 388). Denne fremstillingen avviker fra Csonkas egen senere fremstilling. Ifølge henne er hun først sikker på at faren har sett dem, og løper av gårde, men når hun snur seg, ser hun til sin overraskelse at faren likevel ikke har sett dem, og han går tilsynelatende uanfektet om bord i en trikk. Hun blir skamfull og løper tilbake for å forklare von Puttkamer hvorfor hun hadde fått panikk. Hun svarer angivelig på en kald og sarkastisk måte: «Under the circumstances, ma chère, it would be best, if in the future you would spare me your half-hearted demonstrations of love. They just spoil my

mood» (Shapira, 2023, s. 80). Margarethe forsøker desperat å forklare: «Leonie, please, I want to be with you always, I want to be at your side day and night, and everyone will know that, but ...» Hvorpå Leonie svarer: «This 'but' is precisely the reason why it is better that we are not seen together in the future. Run along and goodbye» (Shapira, 2023, s. 82). Selv om Margarethe klart var redd for farens reaksjon, virker det tydelig at det er Leonies plutselige avslutning av forholdet som er avgjørende.

TERAPI UTEN BEHANDLING

Arpad Csonka tar kontakt med Freud om datteren seks måneder etter selvmordsforsøket. Til datteren sier han at han forventer fullt samarbeid fra henne side og et vellykket resultat. Freud aksepterer å undersøke/utrede Margarethe, men sier også at det ikke er psykoanalysens oppgave å kurere hennes homoseksualitet. Det virker fra hennes egen beskrivelse som at Margarethe til tross for konflikter med begge foreldrene ønsker å rette opp tingene og bestemmer seg for å samarbeide med Freud. Analysen går tregt. Hun husker ikke drømmene sine og begynner å fremstille stevnemøter med





EVENTYRLYST Margarethe Csonka og hunden Petzi i 1949. Foto: Archive Sigmund Freud Privatstiftung Vienna

Leonie eller fantasier om dem som drømmer. Freud er imidlertid ikke Freud for ingenting og fanger opp at det er noe merkelig i hennes referering av drømmene: «Warned through some slight impression or other, I told her one day that I did not believe in these dreams, that I regarded them as false or hypocritical, and that she intended to deceive me just as she habitually deceived her father. I was right, after this exposition, this kind of dream ceased» (Freud, 1920, s. 165).

Freud er også overbevist om hennes lave motivasjon for behandling: «Once when I expounded to her a specially important part of the theory, one touching her nearly, she replied in an inimitable tone, 'How very interesting', as though she were a *grande dame* being taken over a museum and glancing through her lorgon at objects to which she was completely indifferent» (Freud, 1920, s. 390, kursiv i originalen). Freud finner ingen psykopatologi hos henne og ser ikke behovet for videre behandling. Han avslutter etter fire måneders konsultasjoner. Freuds avskjedsreplik skal ifølge henne selv ha vært: «You have such shrewd eyes. I would not want to have you as my enemy» (Shapira, 2023, s. 97). Margarethe virker lettet over avslutningen; man får det inntrykket at hun i hvert fall har klart å bevise overfor sin familie at hun har forsøkt å samarbeide. Hun mener likevel at konsultasjonene med Freud har hatt en viss verdi ved at hun hadde begynt å observere sine foreldre og sine brødre mer oppmerksomt, og hendelser fra fortiden som kunne virke betydningsløse, begynte å oppta henne. Hennes kommentarer om Freud til sine biografer mange år senere er at hun fant ham «earnest and totally unapproachable though not unsympathetic» (s. 90) og «uninteresting; an old man with a lovely white beard who poses sticky questions and makes unbelievable assertions» (s. 90). Hun hadde videre vanskeligheter med å avgjøre om hun opplevde sesjonene som «more boring or more obnoxious» (s. 90). Når det gjelder Margarethes skildring av sin opplevelse av Freud, må det bemerkes at Shapira her baserer seg på Rieder og Voigts (2019) bok, som også er omtrent den eneste publiserte kilden vi har om Margarethes oppfatning av analysen. Den baserer seg på intervjuer fra 1990-tallet, hvor den da over 90 år gamle Margarethe Csonka husker tilbake på begivenheter fra 1918. Både kunnskap vi har om hukommelse generelt, og også faren for hindsight-bias, gjør denne kilden svært problematisk.

TIDLIG PSYKOANALYTISK TEORI OM HOMOSEKSUALITET

Freud fortolker Margarethes homoerotiske kjærlighet til Leonie som fun- dert i ødipal dynamikk og forholdet til både moren og faren; hun ønsket å unngå konkurransen med moren om erotisk oppmerksomhet fra menn, samt å hevne seg på faren ved å ødelegge familiens rykte. Ødipal tema- tikk er et sentralt punkt i kasushistorien som også blir knyttet sammen med symbolikken i selvmordsforsøket. Etter sesjonen hvor Freud har presentert denne dynamikken for Margarethe, går hun rett til et treff med Leonie på Cafe Herrenhof og forteller: «Just imagine! For some time now he has been asking me in great detail about my parents and my brothers ... And do you know what he told me today? That I would have liked to have a child by my father, and because my mother had the child, I hate her and my father as well, and that's why I turn away from men altogether. It is completely outrageous!» (Shapira, 2023, s. 97). Barnet det henvises til her, er broren Alexander Walter, som ble født da Margarethe var 17 år. Leonie skal deretter ha ertet Margarethe med at hun virkelig var pervers og tenkte slik Freud beskrev. Hun ble deretter

sint og sa angivelig: «He is such a creep. A disgusting brute. He has the dirtiest fantasies a human being can have ... By now he ought to realize that I'm as innocent as a five-year old» (s. 97). Freud fullfører kasushistorien i januar 1920 og publiserer den i mars.

Sigmund Freud and his patient Margarethe Csonka er nærmest nødt til å bli spennende, både fordi så lite er kjent om denne pasienten fra før, og på grunn av temaet homoseksualitet blant kvinner, og temaets relevans både i psykoanalysen og samfunnet. Michal Shapira forklarer sin mangefasetterte intensjon med boken slik: «... the overarching goal of this book is to historically situate both Freud and his young female patient within the flourishing medical and cultural-social life of urban Vienna during the early twentieth century» (s. 4). I bokens første del analyseres Freuds kasushistorie og sees i lys av andre av hans tekster hvor han også beskjeftiger seg med homoseksualitet: *Three Essays on the Theory of Sexuality* (1905b) og *Some Psychological Consequences of the Anatomical Distinction Between the Sexes* (1925). Forfatteren gjennomgår også hvordan kasushistorien utviklet seg som vitenskapelig genre. Freud sammenlignes også med den samtidige sexologiens (f.eks. Krafft-Ebing, Havelock Ellis og Albert Moll) analyse av homoseksualitet. Slik forsøker forfatteren å vise hvilken versjon av Freud pasienten møtte i 1918. I bokens andre del viser Shapira frem hvilken Margarethe det var som møtte Freud i lys av hennes sosiale klasse, familie og oppvekstforhold. Shapira analyserer også faktorer som påvirket både Freud og Margarethe Csonka, slik som samtidens syn på homoseksualitet og antisemittisme, samt omgangsformer og kjønnsroller i samtiden. Hun legger i denne sammenheng også avgjørende vekt på arkitektur og byplanlegging, med Otto Wagner som en sentral skikkelse. Mye av det Wien vi ser når vi besøker byen i dag, er influert av Otto Wagner; han tegnet også både Linke Wienzeile, hvor Leonie von Puttkamer bodde, og influerte området for Margarethe og Leonies turer hvor «handlingen» foregår.

Samtidens kjønnsroller og syn på seksualitet blir selvfølgelig vesentlig i fremstillingen. Sentralt i samtiden er diskusjonen rundt «Den nye kvinnen», som kledde seg mer maskulint, overtok mannlig adferd som for eksempel røyking, kafebesøk og det å oppholde seg uanstrengt og uovervåket i det offentlige rom, og som var «unmarried, career-oriented [and] politically active» (s. 39). Shapira kontekstualiserer ved å vise det større bildet som omgir møtet mellom Freud og den unge homoseksuelle overklassejenta. Her skal en huske på at det rundt århundreskiftet var vanlig at homoseksualitet var forbudt ved lov, men det gjaldt som regel kun menn. Et av unntakene var Østerrike, hvor homoseksualitet blant kvinner eksplisitt var forbudt. Det er flere antatte grunner til denne asymmetrien; kvinner ble ikke sett på som fullverdige borgere og eksisterte således «utenfor loven», og/eller det var «utenkelig» at kvinnelig homoseksualitet skulle foregå, og det hadde derfor ikke noen hensikt å forby det.

Når det gjelder den rollen homoseksualitet spilte i møtet mellom Freud og Margarethe Csonka, konkluderer Shapira slik: «... Freud did not see the young woman's homosexuality as a problem per se; he did not treat homosexuality in a derogatory manner, nor did he see her as ill, neurotic, or degenerate. He also wanted to redirect the question of nature versus nurture and argued that, more than anything, homosexuality was a choice made as part of psychosexual development in ways not dissimilar to heterosexuality» (s. 108). Dette er i overensstemmelse med det mye siterte brevet Freud skrev til en amerikansk mor som var bekymret for sin



Homosexuality is assuredly no advantage, but it is nothing to be ashamed of





Dette er en intenst fascinerende bok for alle som er interessert i psykologihistorien

sønns homoseksualitet i 1935: «Homosexuality is assuredly no advantage, but it is nothing to be ashamed of, no vice, no degradation, it cannot be classified as an illness; we [psychoanalysts] consider it to be a variation of the sexual function produced by certain arrest of sexual development. Many highly respectable individuals of ancient and modern times have been homosexuals ... It is a great injustice to persecute homosexuality as a crime and cruelty too (s. 20; Freud, 1951).

ETTERSPILL

Hva skjer så senere, etter at Freud hadde avsluttet? Margarethe fortsetter sitt forhold til von Puttkamer, men saken tar en dramatisk vending idet baronessen blir involvert i en giftmordskandale der hun angivelig skal ha forsøkt å ta livet av sin daværende ektemann Albert Gessman jr. Saken var på forsiden av både østerrikske og tyske aviser. Margarethe ble innkalt som vitne. Under rettssaken kommer det frem at von Puttkamer hadde flere lesbiske relasjoner til mange kvinner. Hun sitter fengslet en stund, men blir frikjent begrunnet i bevisets stilling i forgiftningssaken og fordi mesteparten av de homoseksuelle handlingene hadde foregått i Tyskland, hvor kun homoseksualitet blant menn var ulovlig. Von Puttkamer flytter umiddelbart etter frifinnelsen til Berlin.

Margarethe har etter behandlingen hos Freud to nye selvmordsforsøk: ett i desember 1922 i forbindelse med avslutningen av forholdet til Leonie, og ett i oktober 1924 i forbindelse med at hun brøt forlovelsen hun hadde inngått med sønnen til en av farens forretningsforbindelser. Når Margarethe må flykte fra det okkuperte Wien, stopper hun i Berlin og treffer von Puttkamer for første gang på seksten år. Det ble også siste gang de møtes; Leonie von Puttkamer dør av hjernesvulst og hjerteproblemer i Berlin i 1953. Margarethe flykter videre til Moskva, hvor hun tar Den transsibiriske jernbanen til Japan, deretter til USA, og så til Cuba, hvor hun tilbringer krigsårene i Havanna. Hun returnerer til Wien ni år etter krigen. Familiens formue var skrumpet betraktelig inn, og hun var nødt til å skaffe seg en viss inntekt. Margarethe var full av eventyrlyst, reiste verden rundt og arbeidet som guvernante og husholder i Thailand, Brasil, Scarsdale, New York State, og bosatte seg etter hvert i Algeciras i Spania, hvor hun bodde sammen med deler av sin familie. Hennes hovedinteresser var kunstmaling og hunden Pretzi. Hun returnerer som eldre dame til Wien og blir tilkjent erstatning som Holocaust-offer fra staten. Hun finner et aldershjem hun liker godt, og befinner seg nok en gang i sentrum av Wien, hvor hun i en alder av 96 år besøker en bar for lesbiske. Margarethe Csonka dør 99 år gammel i august 1999.

La det være sagt: Dette er en intenst fascinerende bok for alle som er interessert i psykologihistorien. Forfatteren tar utgangspunkt i møtet mellom Freud og den unge homoseksuelle overklassejenta Margarethe Csonka, som hadde til felles at de gjorde opprør mot samtidens verdier: han mot status quo i psykologien og idéhistorien, hun mot samtidens seksuelle normer og kjønnsroller. Shapira bruker møtet mellom dem til å presentere et omfattende nett av faktorer som kaster lys over dette møtet: samtidens faglige og seksuelle diskurs i sexologi og psykologi, materielle og sosiokulturelle forhold, samt den arkitektoniske omveltningen som foregikk i Wien rundt århundreskiftet, med nye kommunikasjonsmidler og møteplasser som rammebetingelser for stevnemøtene mellom Margarethe Csonka og Leonie von Puttkamer. En fascinerende og samtidig perspektivutvidende bok. ✘

REFERANSER

- Bernheimer, C. & Kahane, C. (Red.). (1990). *In Dora's case. Freud-hysteria-feminism*. Columbia University Press. Second edition. <http://dx.doi.org/10.7312/bern91530>
- Borch-Jacobsen, M. (1996). *Remembering Anna O. A century of mystification*. (K. Olson, Trans., in collaboration with Xavier Callahan and the author). Routledge.
- Borch-Jacobsen, M. (2021). *Freud's patients. A book of lives*. Reaktion Books.
- Breuer, J. & Freud, S. (1895). *Studies on hysteria. I The Standard Edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. (Translated from the German and under the general editorship of James Strachey. In collaboration with Anna Freud. Assisted by Alix Strachey and Alan Tyson). Hogarth Press. 1974. Vol. 2. (Heretter referert som Standard Edition).
- Decker, H. (1991). *Freud, Dora and Vienna 1900*. Free Press.
- Ellenberger, H.F. (1972). The story of «Anna O.»: A critical review with new data. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 8(3), 267–279. [http://dx.doi.org/10.1002/1520-6696\(197207\)8:3<267::aid-jhbs2300080302>3.0.co;2-c](http://dx.doi.org/10.1002/1520-6696(197207)8:3<267::aid-jhbs2300080302>3.0.co;2-c)
- Freud, S. (1905a). Fragment of an analysis of a case of hysteria. I *Standard Edition*. Vol. 7 (s. 1–122).
- Freud, S. (1905b). Three essays on the theory of sexuality. I *Standard Edition*. Vol. 7 (s. 123–243).
- Freud, S. (1909a). Analysis of a phobia in a five-year old boy. I *Standard Edition*. Vol. 10 (s. 1–147).
- Freud, S. (1909b). Notes upon a case of obsessional neurosis. I *Standard Edition*. Vol. 10 (s. 151–250).
- Freud, S. (1918). From the history of an infantile neurosis. I *Standard Edition*. Vol. 17 (s. 1–122).
- Freud, S. (1920). The psychogenesis of a case of homosexuality in a woman. I *Standard Edition*. Vol. 18 (s. 145–172).
- Freud, S. (1925). Some psychical consequences of the anatomical distinction between the sexes. I *Standard Edition*. Vol. 19 (s. 241–260).
- Freud, S. (1951). Historical notes. A letter from Freud. *American Journal of Psychiatry*, 107, 787.
- Kanzer, M. & Glenn, J. (Red.) (1993). *Freud and his patients*. Jason Aronson.
- Larsen, K. (2004). Anna O – En undersøkelse av psykoanalysens historiefremstilling i lys av nyere materiale. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41, 883–891.
- Larsen, K. (2011). Doras bror. *Impuls. Tidsskrift for psykologi*, 64, 46ff.
- May, U. (2018). Freud's patient record books (1910–1920): on the duration and frequency of thirty-six of Freud's analyses. I Ulrikke May (Red.), *Freud at work. On the history of psychoanalytic theory and practice, with an analysis of Freud's patient record books*. Routledge. <http://dx.doi.org/10.4324/9780429425783-9>
- Obholzer, K. (1982). *The Wolf-man sixty years later. Conversations with Freud's controversial patient*. (Michael Shaw, Trans.). Routledge & Kegan Paul. <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291700051242>
- Opera News. (1972). Memoirs of an invisible man – 1.. Herbert Graf recalls a half-century in the theater: a dialogue with Frank Rizzo.
- Rieder, I. & Voigt, D. (2019). *The story of Sidonie C.: Freud's famous «Case of female homosexuality»*. (J. Hannum & I. Rieder, Trans.). Helena History Press. <http://dx.doi.org/10.5195/ahca.2021.445>
- Roazen, P. (1995). How Freud worked. First-hand accounts of patients. Jason Aronson.
- Swales, P.J. (1986). Freud, his teacher, and the birth of psychoanalysis. I Paul E. Stephansky (Red.), *Freud: Appraisals and reappraisals. Contributions to Freud studies*. Volume 1. The Analytic Press. Kapittel 1 (s. 3–82).
- Swales, P.J. (1988). Freud, Katharina, and the first «wild analysis». I Paul E. Stephansky (Red.), *Freud: Appraisals and reappraisals. Contributions to Freud studies*. Volume 3 (s. 81–164). Routledge.
- Shapira, M. (2023). *Sigmund Freud and his patient Margarethe Csonka. A case of homosexuality in a woman in modern Vienna*. Routledge. <http://dx.doi.org/10.4324/9781003352662>

Onlineterapi og ansvarsforsikringen

Onlineterapi har blitt mer og mer vanlig for norske psykologer. Med mindre den enkelte har reservert seg, dekkes medlemmer i Psykologforeningen av ansvarsforsikring i Storebrand. Forsikringen koster kun 245 kroner i året.



Ellen Ekre Engh, spesialrådgiver i
Psykologforeningens jus- og arbeidslivsavdeling
Foto: Felicia Rolf / Psykologforeningen

Vi får en del henvendelser knyttet til klargjøring av regelverket omkring geografisk område for forsikringen og videreformidler her informasjon gitt oss fra Storebrand.

Hvem gjelder forsikringen for?

Forsikringen gjelder for medlemmer og studenter i Norsk psykologforening når ikke annet er avtalt. Forsikringen dekker også direkte ansvar som ansatte pådrar seg hvis ansvaret etter

§ 2-1 i lov om skadeserstatning av 13. juni 1969 kunne vært gjort gjeldende overfor arbeidsgiver. Har sikrede et arbeidsgiveransvar, trer selskapet inn i sikredes rett til regress mot den ansatte hvis den ansatte forsettlig har voldt skaden.

Hvor gjelder forsikringen?

Forsikringen gjelder erstatningsansvar for skade som inntreffer i Norden, og som pådras etter gjeldende rett i de nordiske land, på norsk kontinentalsokkel, om bord på norske fartøy og fly samt på norsk territorium i utlandet så som ambassader og lignende.

I tillegg gjelder en utvidelse blant annet i følgende tilfeller:

- Arbeid i kortere engasjementstillinger i Europa. Avtalen gjelder også kortere engasjementstillinger i Europa, begrenset til 3 måneders varighet. Ved engasjementer i Frankrike og Irland underrettes selskapet på forhånd.
- Akutt hjelp på reise over hele verden. Forsikringen dekker også situasjoner hvor psykologgjerningen utføres tilfeldig i forbindelse med akutt situasjon / øyeblikkelig hjelp. Denne utvidelsen gjelder i hele verden.

For ansvarsforsikringen vil dette medføre:

1. Psykolog som befinner seg i Norge og utøver sin profesjon, herunder onlineterapi, fra Norge, vil kunne gjøre dette til pasienter innen Norden, enten det er via norsk firma eller et utenlandsk firma registrert i Norden (forretningsadresse og dermed verneting innen Norden).
2. Psykolog som befinner seg utenfor Norden og utøver sin profesjon, herunder onlineterapi, fra sted utenfor Norden, vil kunne gjøre dette innenfor rammen av ansvarsforsikringen om det er tale om «kortere engasjementstillinger i Europa, begrenset til 3 måneders varighet. Ved engasjementer i Frankrike og Irland underrettes selskapet på forhånd».
- Er det tale om engasjementstillinger i Europa ut over 3 måneders varighet, må den enkelte skaffe seg en lokal ansvarsforsikring for profesjonsutøvelsen på det stedet / i det landet hvor dette skjer.
3. Psykolog som befinner seg utenfor Norden og utøver sin profesjon, herunder onlineterapi, via norsk eller utenlandsk firma til pasienter i Norge, vil være omfattet av ansvarsforsikringen. For denne situasjonen gjelder ingen 3 måneders varighet/begrensning, da et eventuelt erstatnings-søksmål vil måtte anlegges i Norge etter norsk rett.
4. Psykolog som befinner seg utenfor Norden og utøver sin profesjon, herunder onlineterapi, via norsk eller utenlandsk firma til pasienter i Europa, vil falle inn under reglene i pkt. 2 ovenfor.

Avslutningsvis er det viktig at reglene i forsikringsvilkårene § 14 er kjent for våre medlemmer:

Sikrede skal gjøre seg kjent med de krav myndigheter stiller gjennom lover og forskrifter og som gjelder spesielt for den type virksomhet sikrede driver. Sikrede skal ha minst ett eksemplar av de til enhver tid gjeldende lover og forskrifter. Har sikrede unnlatt å overholde sikkerhetsforskriftene eller å påse at de ble overholdt, svarer selskapet bare i den utstrekning sikrede gjør det overveiende sannsynlig at skaden ville inntrådt selv om sikkerhetsforskriftene ble fulgt etter at avtalen påhvile en annen enn sikrede, og denne har gjort seg skyldig i slik forsømmelse.

Det er viktig å være klar over at reglene pålegger psykologen betydelig plikt til å både innhente og å sette seg inn regelverket som gjelder for profesjonsutøvelsen i det aktuelle land.

Streiken i staten

I skrivende stund har vi nylig lagt bak oss en streik i statlig sektor. En streik som vi ble presset ut i av arbeidsgiver. I forhandlingene krevde vi å beholde den avtalen vi har hatt i staten i mange år, en avtale som legger til rette for lokale forhandlinger for våre medlemmer.



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

Lokale forhandlinger lønner seg for akademikere, og gir også mulighet til å tilpasse lønnstillegg etter lokale behov. I motsetning til dette, gir sentrale tillegg ingen slike muligheter og tar ikke hensyn til lokale forhold, behov eller ulikheter som kan ha oppstått på arbeidsstedene. Det er de lokale partene som best er i stand til å vurdere hvordan lønnsmidlene bør fordeles, ut fra deres kjennskap til de lokale forholdene. Staten ville i årets forhandlinger presse oss over på en avtale som er tilpasset LOs behov, med risiko for stor grad av sentral lønnsdannelse i lønnsoppgjørene fremover. En slik avtale vil gi en dårligere utvikling på lønnsstappen for våre medlemmer og mest sannsynlig føre til at det blir vanskeligere å rekruttere og beholde psykologer og andre akademikere, i staten.

Akademikerne har hatt en egen avtale i staten siden 2016. Erfaringene fra perioden 2000 til 2015, før den nåværende avtalen trådte i kraft, viser at akademikergruppene i gjennomsnitt opplevde lavere årlig lønnsvekst enn den avtalte rammen. Dette var fordi en større del av midlene ble brukt på generelle tillegg, som da i større grad gikk til LO og YS sine medlemmer. Dette alvorlige problemet i lønnsutvikling for våre medlemmer vil vi ikke tilbake til.

Psykologene i staten gjør et svært viktig arbeid i tjenestetilbudet til befolkningen og også i mange andre betydningsfulle funksjoner. Akademikere trengs i staten, men i årets forhandlinger ville ikke staten høre på Akademikerens nokså enkle krav om videreføring av egen avtale. Denne streiken var vår kamp for en avtale i staten som sikrer medlemmene våre lønnsutvikling på linje med samfunnet for øvrig. Det er stor grad av konkurranse om arbeidskraften vår blant annet fra privat næringsliv, og

det er avgjørende at høyt utdannedes lønninger reflekterer denne virkeligheten. For å skape og opprettholde sterke kompetansemiljøer, må staten evne å tiltrekke seg og beholde dyktige fagfolk med høy kompetanse. En naturlig forutsetning for dette, er at lønnsutviklingen i staten må være konkurransedyktig.



Viktige faktorer i streiken var dessverre politisk innblanding og LOs rolle. Det var tydelig at politiske krefter spilte en betydelig rolle i konflikten og streiken, som varte i ti dager, endte også i en politisk bestemt tvungen lønnsnemd. Det er forvilende for de streikende, og burde være forstemmende for samfunnet, at streiken blir avblåst på denne måten. Mye står på spill, da utstrakt bruk av tvungen lønnsnemd kan sies å utfordre streikeretten og å ha potensiale til å svekke streikevåpenet.

«Streikeviljen hos de streikende var til å ta og føle på! Det vitner om at denne avtalen betyr svært mye for statsansatte akademikere, og om at vi står sammen om det som er viktig.»



LO kjørte en retorikk under Akademikernes streik om «lik lønn for likt arbeid», og at lokale forhandlinger bidrar til forskjeller i samfunnet. Hvor det blir gjort likt arbeid for ulik lønn i staten, er imidlertid ikke gjort rede for. Det er også viktig å påpeke at det ikke er akademikerne som arbeider i staten som skaper forskjeller i samfunnet! Vårt krav om å videreføre egen avtale er et ansvarlig krav som ikke handler om å skape større forskjeller, men om å sikre at våre bidrag til samfunnet blir anerkjent og verdsatt. Vi arbeider for et samfunn hvor kompetanse, innsats og ansvar lønnes rettferdig, og hvor man i forhandlingene kan ta utgangspunkt i lokale behov og svare på disse med gode, lokale løsninger. Dette er vesentlig for at staten skal ha arbeidskraften og kompetansen som trengs for å løse sine oppgaver og sitt samfunnsoppdrag.

Streiken i staten var altså en streik for å få videreført vår egen avtale. En avtale som er viktig for medlemmene våre, men som også bidrar til å svare ut samfunnets behov for høy kompetanse og kontinuitet i staten. Veien videre går nå til Rikslønnsnemnda, hvor saken er ventet behandlet i høst, tidligst i oktober. Det er avgjørende at vi fortsetter å følge med på utviklingen og opprettholder presset, og vi vil argumentere sterkt for vårt ståsted både skriftlig til Rikslønnsnemnda og under nemdas hovedforhandling. Spørsmålet om en eller to avtaler er åpent helt til Rikslønnsnemnda har kommet med en kjennelse.

Streiken utløste et massivt engasjement blant våre medlemmer, og jeg vil rette en stor takk til de streikende og til alle som bidro til samholdet, viljen og den kollektive energien vi var vitne til på streikestands, streikekafé og under appeller. Streikeviljen hos de streikende var til å ta og føle på! Det vitner om at denne avtalen betyr svært mye for statsansatte akademikere, og om at vi står sammen om det som er viktig. Massivt oppmøte og engasjement bidro til å sende et klart budskap om at vi ikke aksepterer å bli presset ut av vår egen velfungerende avtale og over på en avtale tilpasset andre.

Tusen takk til alle som bidro og til alle som støttet streiken!

Vi kan tilby annonse plass 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



Integrering av EMDR & IFS

EMDR & IFS er en kreativ og lovende tilnærming for å utforske kompleks traume og personlighetsproblematikk. Kurset utvider din terapeutiske verktøykasse og åpner opp for en dypere endring ved å kombinere EMDR med IFS (Internal Family Systems).

Kurset er omfattende og inneholder teori, kliniske eksempler og praktiske øvelser. En forutsetning for å delta er at du minimum har deltatt på EMDR trinn I grunnutdanning.

Dato: 2.–3. oktober 2024

Sted: Scandic Solli, Parkveien 68, Oslo

Tid: kl. 09.00–16.00 begge dager

Kostnad: kr 7.800,- inkl. lunsj og kursmaterieell

For mer informasjon se www.emdrkurs.no

Påmelding: savitadalsbo@gmail.com

Husk å oppgi fullstendig fakturainformasjon

Kursansvarlig:

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



Stempel med medlemslogo for psykologer

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

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

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



MAJORSTUEN mest sentrale og hyggelige kontorlokale til leie på deltid. Fullt møblert. «Helsehuset» Kirkeveien 64B. Felles pent venterom og kjøkken. Jeg deler gjerne mitt lyse, store kontor med en psykologspesialist. Henvendelse; tlf. **414 14 580**, e-post psykolog@cecilielynum.com

Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på Facebook





Metakognitiv terapi

– Behandling av angst, depresjon og PTSD

Målgruppe

Psykologer, psykologspesialister og psykiatere.

Innhold

Metakognitiv terapi (MKT) er en innovativ behandling som kan anvendes på en rekke ulike lidelser, spesielt angsttilstander, kroniske depresjoner og traumer.

Kurset gir en introduksjon av MKT og hvordan den kan anvendes i spesifikke lidelser. Pasienter opplever Metakognitiv terapi som en nyttig, effektiv og paradoksalt behandling. Erfaringer viser at MKT kan anvendes der andre behandlinger ikke har lyktes. Kurset ledes av Professor Hans M Nordahl, NTNU og kurset vil vekle mellom teori og praksiseksempler. Deltagerne får også anledning til å øve på metakognitiv dialog i arbeid med pasienter og noen sentrale teknikker på dette kurset.

Om kursleder

Hans M Nordahl er professor ved Institutt for Psykisk Helse ved NTNU, Trondheim. Han arbeider også som forsker/behandler ved Akuttseksjonen, Østmarka, St. Olavs Hospital, Trondheim. I 2007 startet han MCT Institute, Ltd i Manchester sammen med Dr Adrian Wells fra Manchester. Nordahl har vært involvert i opplæring og utdanning av terapeuter og veiledere i en årrekke og har over 120 forskningspublikasjoner innen angstlidelser, depresjoner, traumer og personlighetsforstyrrelser.

Kurset er godkjent som 16 timers vedlikeholdsaktivitet.

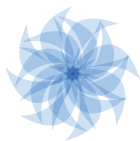
Sted og dato: Oslo, 09.-10. oktober 2024

Påmeldingsfrist: 04. september 2024

Medlemspris: kr 7 980

Kursnr.: 20MET24004

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/Kurs_og_utdanning)



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



Valgfritt program i **Parterapi**

Målet med det valgfrie programmet er å øke deltakernes forutsetninger for å arbeide med par. Kursene skal tematisere ferdigheter som må utvikles også gjennom praksis og veiledning.

Målgruppe

Målgruppen for det valgfrie programmet er psykologer som skal bli spesialister og som ønsker mer kunnskap om parterapi. Det er krav til at psykologene som skal ta dette valgfrie programmet har gjennomført obligatorisk program til egen spesialitet.

Psykologspesialister kan søke opptak på kursene som vedlikeholdsaktivitet. Da stilles ikke krav til praksis og veiledning.

Psykologene vil få økte kunnskaper om

- Når parterapi er relevant og nødvendig metode
- Forståelse av parrelasjonen og hvordan parrelasjonen påvirker individet og andre relasjoner
- Ulike faktorer som påvirker parrelasjonen som psykisk sykdom, somatisk sykdom, traumer, vold, rus etc.
- Strukturelle faktorerets betydning for parforhold (arbeid, arbeidsfordeling, økonomi)
- Parrelasjonen i et flergenerasjonsperspektiv
- Konflikt håndtering
- Sexologi
- Ulike former for parterapi

Kursledere

- Line Lise Helledal og Suzanne Walther (kurs 1)
- Frode Thuen og Catrin Sagen (kurs 2 og 3)
- Atle Austad og Sidsel Schaller (kurs 4)

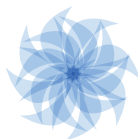
Sted og dato: Oslo, 16.-17. september 2024 (kurs 1)

Påmeldingsfrist: 12. august 2024

Medlemspris: kr 7 980 per kurssamling

Kursnr.: 40PA124005

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



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



Valgfritt program i Psykoterapeutisk metode for barn og unge: **Mentaliseringsbasert arbeid med barn, unge og familier**

Målgruppe

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

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

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

Målsetting

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

Sted og dato: 21.–22. oktober 2024 (kurs 1)
Påmeldingsfrist: 16. september 2024
Medlemspris 2024: kr 7 980,- per kurs
Kursnr: 40ME124001

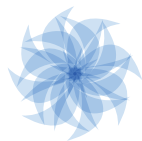
Påmelding via www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning

Kursledere

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

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

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



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



NUBU – Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge søker

PSYKOLOGSPESIALIST TIL STILLING SOM SPESIALRÅDGIVER VED UTVIKLINGS- OG IMPLEMENTERINGS-AVDELINGEN

NUBU sin målsetning er å medvirke til at barn og unge med atferdsproblemer og sammensatte vansker og familiene deres får hjelp som er forskningsbasert, relevant og individuelt tilpasset. NUBU har et nasjonalt ansvar for tjenestestøtte gjennom implementering, opplæring, veiledning og kvalitetssikring av tjenestetilbud. NUBU skal produsere og spre kunnskap og kompetanse om forebygging og metoder for behandling. Barnevernet, skoler og andre relevante tjenester er i målgruppen til senteret.

NUBU er organisert i en forskningsavdeling og en utviklings- og implementeringsavdeling. Utviklings- og implementeringsavdelingen består av 15 ansatte samt fagdirektør. Senteret har totalt ca. 40 ansatte. NUBU er et statsfinansiert datterselskap i NORCE, Norwegian Research Centre AS. NUBU finansieres gjennom tilskudd fra Barne- og familiedepartementet.

Spesialrådgiver har ansvar for implementering og fagutvikling knyttet til behandlingsmetoden Multisystemisk terapi (MST). Ansvarsområdet omfatter arbeid med implementering, kvalitetssikring og utvikling av MST, samt utvikling og oppfølging av andre evidensbaserte behandlingsmetoder for familier og ungdom med sammensatte vansker. Avdelingen består av 6 spesialrådgivere, 3 spesialkonsulenter, 6 regionkoordinatorer for PMTO og TIBIR, samt fagdirektør. Avdelingen har et nasjonalt ansvar for kvalitetssikring av implementeringen og det kliniske arbeidet som utøves i metodene senteret er involvert i. Det er løpende samarbeid med kommunale, regionale, nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere.

Arbeidet gjøres i samsvar med NUBUs strategi og i et forpliktende samarbeid med forskningsavdelingen, og eksterne samarbeidspartnere, nasjonalt og internasjonalt. Spesialrådgiver deltar i det pågående utviklingsarbeidet ved avdelingen. Spesialrådgiver rapporterer til fagdirektør ved utviklings- og implementeringsavdelingen.

Vi søker etter en erfaren psykologspesialist med inngående kjennskap til behandlingsmetoden MST og kunnskap og kompetanse om ungdom og familier med atferdsproblemer og sammensatte vansker. Videre er det en fordel med erfaring og kompetanse innen implementering av forskningsbaserte behandlingsmetoder.

Arbeidsoppgavene omfatter:

- Delta i implementering og fagutvikling av metoden Multisystemisk terapi (MST).
- Delta i faglig ledelse og oppfølging av MST-konsulentene i Bufetat og MST-teamene, herunder opplæring, videreutvikling og kvalitetssikring. Dette gjøres i samarbeid med spesialrådgiver, som er MST-Network Partner Director på vegne av senteret.
- Ha overordnet ansvar for og koordinering av den kvantitative kvalitetssikringen av MST.
- Ha ansvar for rapportgenerering til MST-Services og Bufetat gjennom NUBUs kvalitetssikringsdatabase.
- Bidra til avdelingens arbeid med videreutvikling av kunnskap og nye metoder for familier og ungdom med atferdsproblemer.
- Delta i oppdragsbasert utviklingsarbeid på tvers av avdelinger ved NUBU og andre fagmiljøer.
- Bidra til publisering og annen formidling, inkludert senterets satsning på omdømme og kommunikasjonsarbeid.
- Synliggjøre NUBUs implementeringskompetanse nasjonalt og internasjonalt.
- Tilrettelegging for forsknings- og evalueringsarbeid.
- Omfattende reisevirksomhet må påregnes.

Personlige egenskaper:

- Gode samarbeids- og kontaktskapende evner.
- Dyktighet i å formidle og integrere informasjon fra ulike instanser.
- Kan arbeide systematisk og selvstendig.
- Evne til samhandling, kommunikasjon og nettverksbygging med regionale, nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere.
- Utviklingsorientert.
- Evne til å arbeide målrettet og være fleksibel, effektiv og løsningsorientert.

Vi søker deg som:

- Er en erfaren klinisk psykologspesialist med inngående kunnskap om MST, og med erfaring fra veiledning og konsultasjon av terapeutisk arbeid i MST-team.
- Kunnskap om evidensbaserte behandlingsmetoder for ungdom med atferdsproblemer og sammensatte vansker, og deres familier.
- Har kunnskap om og praktisk erfaring med implementering av behandlingsmetoder.
- Har god skriftlig og muntlig formidlingsevne.
- Har erfaring med opplæring av fagpersoner.
- Har god kjennskap til organisering og forvaltning av barnevern og psykisk helse.
- Har gode relasjonelle ferdigheter og kan samarbeide med både nasjonale og internasjonale aktører.

Vi tilbyr:

- Spennende faglige utfordringer i et hyggelig arbeidsmiljø med høy kompetanse, faglig fordykning og deltakelse i interessante implementerings- og utviklingsoppgaver innen et nasjonalt satsningsområde.
- Fast 100 % stilling.
- Gode pensjons- og forsikringsordninger.
- Moderne lokaler sentralt på Majorstuen.
- Lønn etter avtale.

Søknad med CV sendes per e-post til post@nubu.no. Søker bes dokumentere utdanning, yrkeserfaring og eventuelle relevante publikasjoner.

Kontaktinformasjon:

Anett Apeland, fagdirektør utviklings- og implementeringsavdelingen, e-post anett.apeland@nubu.no eller telefon 982 34 651.

Søknadsfrist: 1. august 2024

Nærmere opplysninger om NUBU finnes på www.nubu.no
Arbeidsgiver: NUBU - Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge
Sted: Oslo

Helse Sør-Øst RHF



Ledige avtalehjemler i psykologi

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

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

HELSE  SØR-ØST

PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

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

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

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. august**,
frist for å bestille annonse til juli-
utgaven er **18. juli**

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

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemsside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no

PSYKOL OGI

MATERIELLFRISTER OG PRISER 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. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Kurs og konferanser» og www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen.

Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 1 950 per uke eller 5 950 for inntil en måneds visning kan stillingen vises på forsiden www.psykologtidsskriftet.no med link til bedriftens stillingsannonse.

Bannerannonser publiseres både på www.psykologforeningen.no og toppbanner på www.psykologtidsskriftet.no og koster kr 15 900 per måneds visning.

ANNONSEFORMATER FOR BANNERANNONSER

Nettsidene		Visning på mobil
220x170 px	980x150 px	320x120 px

Se informasjon om annonsering også på www.psykologtidsskriftet.no/annonsorer

Nyhetsbrev sendes ut samtidig med utgivelse av papir-utgaven den 1. virkedagen og den 15. i hver måned. For tiden er det ca 9 050 mottakere av nyhetsbrevet. Vi kan tilby annonseplass i nyhetsbrevet i følgende formater:

NYHETSBRUVFORMATER

Full bredde	1/2 bredde
564 piksler for kr 7 500	264 piksler for kr 4 500

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
8	18.07	01.08
9	16.08	02.09
10	17.09	01.10
11	18.10	01.11
12	15.11	02.12

PRISER: STILLINGANNONSER/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

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

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

ANNONSEFORMATER

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

ABONNEMENT OG LØSSALG

Institusjons- abonnement	Privatabonnement i Norge
kr 2 650	kr 1 495

Portotillegg for utsendelse innen Norden og Europa kr 360, til verden for øvrig kr 520. Løssalg kr 185 + porto/eksp.gebyr

NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

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

Visepresidenter

Hanne Indregard Lind
948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Arnhild Lauveng
913 17 162
arnhild@
psykologforeningen.no

Medlemmer

Eva Therese Næss
971 01 119
eva.th.naess@gmail.com

Siri Næs
902 68 699
Siri.naes@gmail.com

**Ann Birgithe Solheim
Eikholm**
971 29 052
abseikhom@gmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit
909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

Chris Margaret Aanonsen
957 92 616
chris.m.aanonsen@
gmail.com

Lars Ravn Øhlckers
908 81 250
larsravnohlckers@gmail.com

Eldrid Robberstad
475 00 308
eldrid.robbestad@
sola.kommune.no

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

Varamedlemmer

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

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

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

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

**Kristin Lothe Nordbø
(1. vara student-
representant)**
476 54 401
kristinnordb@hotmail.com

**Ingunn Aasen (2. vara
studentrepresentant)**
950 79 853
ingunnaasen@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
Bjørn Olav Henden**
bjorn.olav.henden@
helse-mr.no
974 81 950

**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

NORSK PSYKOLOGFORENING

FAGUTVALGENE

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

**Barne- og
ungdomspsykologi**
Kjersti Hamre Lotsberg,
k_hamre@hotmail.com,
tlf. 416 57 694

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

**Rus- og
avhengighetspsykologi**
Eva Karin Løvaas, leder,
evakarinloevaas@gmail.com,
tlf. 916 64 076

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

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

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

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

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

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

**Samfunn- og
allmennpsykologi**
Kjersti Hildonen, leder,
khi@lorenskog.kommune.no,
tlf. 907 85 288

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

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

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

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

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

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

Andreas Vindenes, leder,
andreas.vindenes@
gmail.com, tlf. 917 02 956

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

Innhold

- 430 **Norsk forening for kognitiv terapi rundet 30**
Aktuelt
- 432 **Radikalt åpen dialektisk atferdsterapi for ungdom**
Fra praksis | Hermansen og Skaar
- 440 **Hva psykoterapi er, og hva det kan bli**
Fagessay | Rolf Sundet
- 445 **Frustrasjon som betingelse for vekst**
Fagessay | Zemir Popovac
- 451 **Vil erstatte diagnoser og den medisinske modellen**
Forskningsintervju | Nora Skjerdingsstad
- 454 **Et alternativ til diagnoser for psykiske lidelser: Makt-trussel-mening-rammeverket**
Evidensbasert praksis | Holter et al.
- 464 **Selvlýsende eller usynlig - å navigere som LHBT+**
Etikkpanelet | Anbjørg Ohnstad
- 467 **Development and validation of the 12-item Video Consultation self-efficacy scale**
Ny vitenskapelig artikkel | Baluszek et al.
- 468 **MENINGER**
Debatt: Helsetjenestene må ikke gi opp (s. 468), Mange stråmenn, men lite fintenkning (s. 470)
Kronikk: En multisystemisk tilnærming til ufrivillig skolefravær (s. 472)
- 476 **Eldre er voksne**
Nye stemmer | Elisabeth Evje
- 480 **INNTRYKK**
Anmeldelser: Tørr håndbok om usunn alkoholbruk blant eldre (s. 480)
Bokessay: Freuds ukjente pasient (s. 483)
- 493 **Annonser**
- 497 **Stillingsannonser**