

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol. 61 nr.09 2024

Sakkyndigvurderinger i foreldretvister

*Originalartikkel
Torvik & Andenæs*

VIRTUAL REALITY I PSYKOSE-BEHANDLING

*Evidensbasert praksis
Gjerstad et al.*

Long covid - mindre stigma

*Nye stemmer
Silje Stevens*

Dead Poets Society - en psykoanalytisk forståelse

*Filmessay
Espen Håland*



TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

JOURNAL OF THE NORWEGIAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

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

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

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams Katharine@psykologtidsskriftet.no

Utgiver Norsk psykologforening, generalsekretær Ole Tunold

Henvendelser til redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debattinnlegg meninger@psykologtidsskriftet.no

Annonser tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Frist for bestilling av annonser 17.09, 18.10, 15.11

Denne utgaven ble godkjent til trykk 22.08.2024

Omslagsillustrasjon Magnus Voll Mathiassen **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, bokenmeldelser, 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, Daniel Gunstveit, Ida Sund Morken,

Markedsansvarlig Unni Sandland, **Visuelt ansvarlig/desk** Nora Skjerdingsstad

Redaksjonsråd

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

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

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

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



FOTO: NTB SCANPIX



Da Peder startet i rusbehandling, var angstnivået høyt. Intensiv eksponering hjalp. Fra praksis. Side 572.

ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK



Enhver evidensbasert psykoterapi-metode kan ødelegges av dårlig timing, skriver Malin Fors. Etikkpanelet. Side 608



En nyttig bok om hvordan unnvikende personlighetsproblematikk kan tilpasses MBT-formatet. Bokanmeldelse. Side 622

Innhold

- 566 Nye refleksjoner og nordisk psykoanalyse anno 2024**
Kommentar | Katharine Cecilia Williams
- 571 Norges første spesialist i klinisk helsepsykologi**
Aktuelt
- 572 Intensiv eksponering for agorafobi og sprøytefobi i rusbehandling**
Fra praksis | Kristian Hartmann-Kjøren
- 578 Virtuell virkelighet, virkelig mestring: Virtual Reality som verktøy i behandling av psykoselidelser**
Evidensbasert praksis | Gjerstad et al.
- 588 Testet veiledning med video for nye mødre**
Forskningsintervju | Matt Oxman
- 589 En analyse av sakkyndigvurderinger i foreldretvister**
Originalartikkel | Torvik & Andenæs
- 598 Dekning av psykologer i kommunehelsetjenesten: Sosiale og geografiske ulikheter**
Originalartikkel | Ulset et al.
- 606 Erfaringer fra implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for posttraumatisk stresslidelse**
Ny vitenskapelig artikkel | Peters et al.
- 607 Variasjoner i psykisk helsevern – status og forklaringsfaktorer**
Ny vitenskapelig artikkel | Bredablik et al.
- 608 Makten i tid – timing, rytme og tiden det tar**
Etikkpanelet | Malin Fors
- 612 MENINGER**
Debatt: Teoritørste samfunns- og allmennpsykologer (s. 612)
Kronikk: Ukulturen i teorispesifikk seleksjon og behandling | Rolf Sundet (s. 614)
- 618 Long covid og utmattelse – ulik grad av stigma**
Nye stemmer | Silje Stevens
- 622 INNTRYKK**
Anmeldelser: Etterlengt behandling for «den forsømte lidelse» (s. 622)
Bokessay: Ungdommens løsrivelse i en asymbolisk kultur (s. 625)
Filmessay: Livet, skjønnheten og døden – en psykoanalytisk forståelse av filmen *Dead Poets Society* (1989) (s. 634)
- 644 Annonser**
- 651 Stillingsannonser**

Nye refleksjoner og nordisk psykoanalyse anno 2024

I diskusjonen om hvilken kunnskap vi trenger for å videreutvikle psykoterapifeltet, har psykoanalysen verdifulle bidrag.



TEKST Katharine Cecilia Williams, sjefredaktør

FOTO Thomas Brun / NTB

Jeg prøver alltid å forholde meg nøytral og tilbakeholden, men hvor ofte har jeg ikke hørt pasienten utbryte «Jeg gjorde akkurat som du sa!». Men jeg kan slett ikke huske at jeg har sagt at pasienten skulle foreta seg noe.

Utsagnet kom fra en av deltakerne i en diskusjonsgruppe under XXVIII Nordic Psychoanalytic Congress, som i august i år ble avholdt i Oslo. Spontan latter brøt ut i rommet og avslørte at jeg ikke er den eneste psykologen som har fått «æren» for et råd jeg på ingen måte var klar over at jeg har gitt.

En transmisjon har trolig funnet sted. Uavhengig av hva som konkret blir sagt, sender terapeuter ut signaler som overgår det konkrete innholdet i den verbale kommunikasjonen. Via ulike veier overføres signalene til pasientens sinn. Ifølge Store norske leksikon betyr *transmisjoner* (transmissions) overføring av kraft eller kommunikative signaler. For transmisjon av kommunikative signaler mellom mennesker er det ingen rett bane.

De nordiske psykoanalytiske foreningene arrangerer kongressen annethvert år, og arrangementssted sirkulerer mellom de ulike landene. Kongressen samlet om lag 200 medlemmer, som alle har psykoanalytisk skolering. I dette tilfellet med unntak av meg, som ikke har noen psykoanalytisk trening. Temaet for årets konferanse var *Transmissions*. Selv om vi har et norsk ord, transmisjon, er *overføring* den mest nærliggende norske oversettelsen. Her kan vi øyne en utfordring, siden overføring er et sterkt forankret konstrukt i den psykoanalytiske litteraturen, som er relatert, men ikke helt det samme. I sin keynote *Tranference, transmission and transformation – some clinical and conceptual issues* bekreftet Erik Stånicke at *transmissions*-begrepet er tvetydig og flyktig. I likhet med norsk finnes det ikke to atskilte betegnelser for overføring på tysk (*Übertragung*), slik som vi finner på engelsk (*transmission* og *transference*). I oversettelser av Freud har begrepet blitt brukt når han skrev om nedarvet symbolsk transmisjon (*hereditary transmission of symbolism*). Senere har



KEYNOTE-SPEAKER Erik Stânicke kommenterte at manualiserte behandlingsformer «can hinder our receptivity».

transmisjon blitt brukt i forbindelse med å beskrive overføring av traumer på tvers av generasjoner (transgenerational transmission of trauma). Stânicke gav en grundig og pedagogisk gjennomgang av begrepenes distinkte karakteristika og hvordan de relaterer seg til hverandre.

TRANSMISJON FREM I LYSET

Foredragsholderne under kongressen synes å være enige om at transmissions ikke er et fullt ferdigutviklet begrep. De la fram ulike inn ganger, analyser og implikasjoner for begrepet. Litteraturen er så mangfoldig og analy sene så fasetterte at jeg ikke vil kunne gjøre noen meningsfull oppsummering fra kongres sen her. I stedet vil jeg presentere noen reflek sjoner som en utenforstående deltaker. Særlig utenforstående følte jeg meg imidlertid ikke. Stemningen var rett og slett munter, varm og inkluderende. Kongressens form var ellers ny for meg. Alle fikk utdelt foredragsholdernes manus, som foreleseren leste opp fra podiet. Jeg kjenner ikke bakgrunnen for denne måten å

gjøre det på, men det gjorde det mulig for meg å følge med og få med meg alt som ble sagt. Hvis jeg hadde hatt svekket hørsel, ville jeg blitt fullstendig delaktig. Underholdningsfaktoren var lav. Her var det ingen fancy bildepresentasjoner eller innøvde taleprestasjoner. Den faglige delingsfaktoren var til gjengjeld svært høy. Jeg merket meg at hovedsalen var fullsatt og forble fullsatt gjennom alle kongressdagene.

Etter foredragene ble forsamlingen delt inn i diskusjonsgrupper. Gruppene virket ganske åpne, men i utgangspunktet diskuterte man det foregående foredraget. Egentlig skulle jeg avstå fra gruppediskusjonene. Siden jeg ikke er psykoanalytisk skolert, mente jeg at jeg ville bli et forstyrrende element. Etter en insisterende invitasjon fra gruppeleder tok jeg likevel plass. Å tenke og reflektere sammen på denne måten opplevde jeg som en rik og nyttig måte å utveksle erfaring på kolleger imellom. Under foredragene og diskusjonsgruppene noterte jeg flittig, og i pausene tok jeg tak i personer og stilte spørsmål for å forstå mer av materialet. Folk tok seg tid, og spørsmålene ble møtt med »

”

Den faglige delingsfaktoren var svært høy

”

... få ting er så lite lindrende som forutinntatte antakelser

raus deling av akkumulert kunnskap. At psykoanalytikere ubestridelig har den lengste og mest omfangsrige utdanningen blant psykoterapeuter, var merkbart. Men flere gav uttrykk for å tilhøre en utstøtt gruppe terapeuter, og det har jeg reflektert over i etterkant. Jeg har selv vært blant dem som har stilt meg avvisende til psykoanalysen.

MOTSTAND

I min oppvekstfamilie var ikke psykologer en spesielt høyt ansett yrkesgruppe. Psykisk lidelse ble aldri snakket om, men jeg visste alltid at slikt var for selvmedlidende sutrere. Når noen oppførte seg dårlig, ble det gjerne sagt «han bør gå til psykolog», som om det var en passende ydmykelse. Min far var nevrokirurg, og når han delte fra sin arbeidshverdag over middagsbordet, var det ingen tvil om at han holdt et strengt vitenskapelig ideal høyt. Jeg husker godt hans erklæring om at «psykologi er uvitenskapelig», da jeg fortalte om utdanningsvalget mitt.

Da jeg under studiene ble introdusert for en psykoteraeutisk skole som jeg opplevde å mangle en kontur, men som hadde flust av fremmedgjørende begreper, ble inngangster-skelen for høy. Kastrasjonsangst, penismisunnelse, onde bryst og anal fiksering gjorde det vanskelig å innta en åpen, interessert eller lyttende posisjon. En tilnærming som syntes å operere med evigheten som perspektiv og med kjærligheten som metode, følte faglig slumsete og lemfeldig. Jeg ville bli flink, og veien dit måtte gå langs en positivistisk, vitenskapelig gang. Jeg undersøkte aldri psykoanalysen nærmere, og jeg så ikke noe mulig paradoks med min kunnskapsforståelse på veien inn i arbeid med det idiosynkratiske.

Men tretti år med levd liv, lest og skrevet fag og arbeid med pasienter har lært meg at få ting er så lite lindrende som forutinntatte antakelser. Slike antakelser bærer vi alle med oss – bevisst eller ubevisst – og de har det med å blø utover måten vi forholder til hverandre og pasienter på. Nettopp slike mekanismer utgjorde altså tema for kongressen.

De nordiske psykoanalyseforeningene valgte Transmissions som tittel for årets kongress. Selv om begrepet har sammensatte konnotasjoner i den psykoanalytiske litteraturen, mener jeg det har aktuell relevans for hele psykoteraeutifeltet.

For når ventelistepresset trenger inn i tera-pirommet og manualen forteller meg hvor vi egentlig skulle ha vært i prosessen, må jeg innrømme at mitt ideal om å gi pasienten rom og innta en aktivt lyttende holdning kommer ut av fokus. At det finner sted en transmisjon av mine interne bestrebelsler over til pasienten, er ganske åpenbart. Spørsmålet er hva det gjør med kvaliteten i behandlingene mine. I sitt foredrag kommenterte Erik Stänicke at psykoanalytikere er skeptiske til manualiserte behandlingsformer *since it can hinder our receptivity*.

Poenget er treffende. Samtidig kommer vi ikke utenom å måtte dokumentere at det vi gjør, er til nytte. Manualiserte behandlinger har, gjennom å gi grunnlag for effektstudier, gitt psykoterapi et solid fotfeste i det offentlige helsetjenesteapparatet. I dag ser vi klare tegn til at fotfestet glipper, med stadig økende ventelister, flukt fra spesialisthelsetjenestene og økonomiske nedskjæringer. Slik jeg ser det, må vi ha en ny diskusjon, for hele psykoteraeutifeltet, om hvilken kunnskap vi trenger for å videreutvikle faget. Psykoanalysen har verdifulle bidrag her.

TRUSLER UTENFRA

Åpne diskusjoner på tvers av terapeutiske skoleretninger tror jeg vi tåler godt, forutsatt at de nettopp er åpne. Dessverre setter dagens debattklima noen bekymringsfulle hindringer for åpenheten. I denne sammenhengen vekket Charlotta Björklinds foredrag min interesse. I sine avsluttende merknader sa hun at hun ikke ser manualiserte behandlingsformer eller finansieringsmodeller i helsevesenet som den største trusselen mot psykoanalysens essens og egenart. Snarere opplever hun et større problem knyttet til nyere psykodynamiske tilnærming som har fått en voksende popularitet.

Although they often claim to be based on psychoanalytic theory – focusing for instance on treating “affect phobia” by confronting defences, restructuring attachment patterns, developing mentalizing capacities or working through a specifically defined interpersonal affective focus (IPAF) – and also claim to be working with transference, they seem to have ridded themselves of the fundamental core of psychoanalytical work, i.e. the radicality of the psychoanalytical frame and ethos of listening.



Psykoanalytiker Henrik Kamphus var en av gruppelederne.



President i Norsk psykoanalytisk forening Mette Hvalstad åpnet kongressen.

Denne grunnleggende holdningen i psykoanalysen til å innta en tilbakeholden og nøytral posisjon til det pasienten bringer inn i terapirommet, gjennomsyret min opplevelse av foredragene og kongressen som helhet. I en tid der psykoterapeutisk behandling er under stort press, opplever jeg det som verneverdig. Mye *sies* av mange i flerfoldige kanaler, men jeg undres over hva som ville skje om vi *lyttet* mer.

LYTTINGENS ETOS

Trolig ville det medføre en del voksesmerter. Under en av parallellsesjonene fortalte Eija Repo om hvordan den finske psykoanalyseforeningen endte opp med å gi en offentlig unnskyldning til seksuelle minoriteter. Historien startet med at daværende president mottok en e-post fra en mann som hadde vært i psykoanalyse femti år tidligere. Han hadde aldri kommet »

”

... jeg undres over hva som ville skje om vi lyttet mer

over hvordan han hadde blitt behandlet. En kommentar fra terapeuten om at homoseksuelle relasjoner aldri varer lenge, og at han måtte forberede seg på et hardt liv, hadde rammet hardt.

E-posten utløste en grundig prosess som førte til at Finlands psykoanalytiske forening gikk ut med en offentlig unnskyldning i juli 2022. Unnskyldningen fremholdt at patologiserende teorier har forårsaket skade overfor seksuelle minoriteter. Eija Repo redegjorde for foreningens grundige arbeid i kartleggingen av hvilke praksiser som har vært utført. Hun tok til tårene mens hun snakket. Hennes ærlige fortelling om hvor personlig truffet hun hadde følt seg av anklagene og den etterfølgende, smertefulle ransakelsen av egne praksiser, gjorde inntrykk. Når det fra salen kom spørsmål om hvordan arbeidet som er gjort skal følges opp, svarte Repo at hun er blitt bekymret av tausheten som har fulgt. Tilstedeværende kolleger fra Finland tok ordet og fortalte at det var mange i foreningen som var sterkt uenige i unnskyldningen fra foreningen. Det ble kommentert at unnskyldningen ble betraktet som et brudd på nøytraliteten, et høyt fremholdt ideal for psykoanalytisk praksis.

NØYTRALITET SOM IDEAL

Uansett hvilken psykoterapeutisk skoleretning man sokner til, er idealet en åpen og fordomsfri eksplorering av pasientens problemer og plager. Karl Popper vektla en effektiv søken etter falsifikasjon som premisse for at kunnskap skal kunne vokse. Når vi bruker psykometriske tester og deskriptive diagnosemanualer for å undersøke og beskrive pasientens vansker, har vi allerede fra start satt en ramme for vår forståelse, og rommet for falsifikasjon er snevret inn. Så lenge vi er bevisste på at rammene vi opererer med, smaler inn vårt eksplorerende søkelys, utgjør dette et mindre problem. I sitt foredrag *Trans-transmission within psychoanalysis* bemerket Siri Gullestad at det gis forskningsmidler til epidemiologiske undersøkelser som tar sikte på å avdekke *hvorfor* noen blir transseksuelle. Konsekvensen av hvorfor-søkelyset må nødvendigvis være et siktemål om å løse eller fjerne problemet. Forskning som ved første øyekast fremstår som nøytral, bærer med seg en patologisering. Slik kan vi se at en ikke-nøytral og ikke-falsifiserende transmisjon av antakelser er på banen.

Selv har jeg gjort en doktorgrad på en manualisert KAT-behandling med et randomisert, kontrollert studiedesign (en RCT). Jeg mener at arbeidet har gitt et verdifullt bidrag til feltet og vært til hjelp for mange. Samtidig kan jeg med letthet se at vi ikke vil bringe frem kunnskap som er nødvendig for å utvikle faget videre, uten et mangfold av tilnærminger.

Gjennom årenes løp har jeg hørt kolleger uttrykke med patos at psykoanalyse mangler evidens. Det er beviselig feil, men er en sannhet som gjennom ulike transmisjoner er etablert som ubestridelig.

Idealet om RCT-forskning har også rammet min fars fagområde. I et svært forsinket foreldreopprør kunne jeg i dag kvittert ham med «nevrokirurgien er heller ikke vitenskapelig!». Siden ingen hjerne er lik og ingen hjerneblødning treffer de samme funksjonsområdene, har RCT-forskning vist seg vanskelig i nevrokirurgien. Kirurgens ekspertise ligger i å finne ut av pasientens unike sykdomsbilde, og vurdere hvilken behandling som vil skade minst og gi best resultat. Jeg for min del vil ha full tillit til kirurgen skulle jeg få en hjernesvulst, selv om hen ikke skulle ha RCT-forskning å lene seg på. Det er for meg et underlig paradoks at vi tenker annerledes om psykoterapi. ✕

Norges første spesialist i klinisk helsepsykologi

Trine Helen Hunhammer ble nylig spesialist i klinisk helsepsykologi, som den første av sitt slag i Norge.

- **KLINISKE HELSEPSYKOLOGER** forvalter psykologisk kunnskap på et område tradisjonelt dominert av biomedisinske problemstillinger og profesjoner, og spesialiteten gir en unik mulighet til å integrere psykologisk kartlegging og tiltak som bidrag til en helhetlig forståelse av sykdom og smerte, sier Hunhammer.

Klinisk helsepsykologi er en av tolv ulike spesialiteter i spesialistutdanningen for psykologer.

Hunhammer har selv lang fartstid i somatikken, hvor hun har vært opptatt av å gjøre psykologisk kunnskap anvendbar.

- For å få til det må vi først og fremst være til stede, og til det trenger vi flere kliniske helsepsykologer.

Hvorfor valgte du å ta denne spesialiseringen?

- Som psykolog har jeg alltid jobbet tilknyttet somatikken, først på helsestasjon og deretter på poliklinikk for langvarig smerte. Som tidligere sykepleier har jeg savnet økt fokus på psykologiske forhold i somatikken. Spesialiteten i klinisk helsepsykologi har gitt meg en mulighet til å arbeide med å øke fokus på dette selv, så det valget var lett å ta!

SMERTE OG LEVD LIV

I spesialistoppgaven sin har hun skrevet om helsepsykologiske utrednings- og behandlingstiltak ved langvarige smerter, i kategorien faglig arbeid.

Med oppgavens tittel «Smerte og levd liv» har Hunhammer sett på hvordan livserfaringer på tvers av ulike områder – det biologiske, psykologiske og sosiale – kan bidra til å forsterke og opprettholde utviklingen av langvarige sammensatte smerter.

- Oppgaven forsøker å illustrere hva som er særegent ved klinisk helsepsykologi, og hva som kan skille denne tilnærmingen fra psykologisk arbeid i psykisk helsevern, skriver Hunhammer.

Hunhammer jobber selv ved en poliklinikk for langvarig smerte, og har i oppgaven brukt anonymisert kasuistikk basert på flere behandlingsløp fra sin egen arbeidshverdag.

- Kasuistikken illustrerer en sammensatt problemstilling der langvarig smerte og stressbelastning er utløsende for funksjonsfall, samtidig som psykisk symptomtrykk, i dette tilfellet traumesymptomer, bidrar nedsettende på mestring og gir økt smerteopplevelse.

Med et biopsykososialt blikk beskriver Hunhammer hvordan man kan arbeide sammen med pasienten for å kartlegge forhold som påvirker smerten. Dette innebærer å se på utløsende, forsterkende og opprettholdende faktorer, samt å sette psykisk symptomtrykk inn i en somatisk sammenheng.

- I prosessen med å belyse psykologiske faktorer var det sentralt med bevissthet på at tidligere erfaringer og traumelidelse ble forstått som bidrag i utviklingen av pasientens smerter, i tråd med kumulativt stress over tid, men ikke som utløsende årsak til den akutt oppstående smerten. Det gav mening både for behandler og pasient at tidligere alvorlige livshendelser og påfølgende psykisk symptomtrykk bidro i utviklingen av smerte, og at psykologiske tiltak var sentrale for bedring.

Hunhammer understreker samtidig at de bakenforliggende sammenhengene som tegnet seg i denne historien, ikke er representative for alle pasienter med langvarig smerte. Langvarige smertetilstander kan også forekomme hos personer uten traumatiske erfaringer, og da kan andre tiltak være mer aktuelle. ✖



Intensiv eksponering for agorafobi og sprøytefobi i rusbehandling

«Det der er jeg ferdig med. Jeg trenger ikke det mer» sa Peder, etter en intens terapitime med sprøyten i hendene.

TEKST Kristian Hartmann-Kjøren, Tyrilistiftelsen

KONTAKT
kristian.hartmann-kjoren@tyrili.no

MERKNAD Pasienten har gitt skriftlig samtykke og godkjent teksten før publisering. Peder er ikke hans egentlige navn.

«**D**a jeg møtte opp i behandling, var angstnivået mitt høyt. Den første tiden klarte jeg ikke å gå ut av senteret alene, og jeg brukte mye energi på å delta i ting som jeg følte var preget av angst. Uten å være klar over det benyttet jeg meg av forsvarsmekanismer for å dempe angsten og for å betrygge meg selv om at det å for eksempel være i en folkemengde ikke var farlig.»

Slik beskriver pasienten Peder den første tiden i rusbehandling døgn ved Tyriliseret i Lillehammer. Peder og jeg ønsker å dele vår opplevelse og erfaring med to former for *intensiv* eksponering for agorafobi og sprøytefobi. Fra hvert vårt respektive ståsted som pasient og behandlende psykolog. Min faglige vurdering var at sprøytefobien, i tillegg til en spesiell fobi, kunne forstås som en representasjon av Peders angst for tilbakefall til sitt tidligere liv med injisering av opioider, og behandlingen ble en emosjonell bearbeiding av Peders livshistorie så vel som eksponering. Jeg har tidligere fulgt den mer tradisjonelle modellen med terapitime en gang i uken og eksponering i hjemmeoppgaver mellom timene. Å intensivere behandlingen ned til dager og timer repre-

senterte en ny og faglig interessant prosess. Jeg håper at andre psykologer kan finne inspirasjon i teksten. Ideen om å skrive kom fra kollega og forsker Turid Wangensteen, etter at jeg fortalte henne om det intensive eksponeringsprosjektet. Jeg delte ideen om en tekst med Peder, og han ønsket å bidra med å skrive om sin erfaring. Ordene er helt hans egne og er ikke bearbeidet av andre, foruten at teksten er delt inn i enkeltstående sitater.

PEDER OG TYRILI

Peder er en ung mann i midten av 20-årene, med en omfattende og alvorlig rushistorie bak seg. Han vokste opp i et hjem preget av foreldre som selv hadde alvorlige rusmiddelproblemer, men med en fasade som velfungerende familie. Etter hvert kom Peder inn under barnevernet. Han begynte med å røyke hasj og amfetamin da han var 15 år gammel. Da han ble 18 år gammel, avsluttet han kontakten med barnevernet, og rusmiddelbruken eskalerte. Han begynte med injisering av flere stoffer, og avhengigheten til illegal Subutex eskalerte over det neste året til å bli daglig bruk. Lokalt FACT-team som fulgte ham opp, beskrev rusmiddelbruken som ukri-



UTREDNINGEN BLE EN ØYEÅPNER «Tanken om at det var agorafobi jeg slet med, slo meg aldri. Jeg tenkte dette var noe som hang igjen fra tiden på kjøret.» Foto: NTB Scanpix

tisk og bekymringsfull, da han hadde et utall overdoser bak seg. Han søkte seg til døgnbehandling ved Tyriliseret i Lillehammer rett fra fengsel og hadde de siste to månedene som paragraf 12-soning i behandling her. Det er fortsatt en ubetinget straff med begrensningene det fører med seg, men skjer i en institusjon utenfor Kriminalomsorgen. Peder er i dag i full jobb, bor i egen leilighet og har vært rusfri i 22 måneder.

Tyrilistiftelsen er en privat ideell stiftelse som tilbyr døgnbehandling for personer med både rus- og psykiske lidelser. Tyriliseret på Lillehammer er én av ni enheter fordelt i landet. Tyriliseret driver tverrfaglig behandling med en fellesskapsmodell som ramme for individuelt tilpasset behandling. Av profesjoner er vi psykolog, lege, psykiater, barnevernspedagoger, sykepleiere, sosionom, idrettspedagog og vernepleiere. I tillegg tilbys individuell jobb-støtte (IPS), trening som medisin, gjeldsrådgivning, botrening og arbeidstrening. Et annet viktig element i behandlingshverdagen er at pasientene skal øve på praktiske arbeidsoppgaver og ADL-ferdigheter gjennom å sammen stå i arbeidslag. Slik øver de også på relasjonsbyg-

ging, samarbeid, kommunikasjon, utholdenhet i en arbeidshverdag og det å ta ansvar. Som psykolog er mine arbeidsoppgaver kartlegging og utredning av psykisk helse, og gjennomføre individualterapi, gruppeterapi og ulike typer undervisningsgrupper.

PROBLEMFORSTÅELSE OG INTERVENSJON

Ett av Peders ønsker var en bred utredning for sin psykiske helse. Det er velkjent at et alvorlig rusproblem betydelig øker sjansen for samtidig alvorlig psykisk lidelse, noe som gav grunn til å forvente psykisk lidelse hos Peder også (Alonso et al., 2004; Kendler et al., 1995). Den forventningen ble forsterket av kartleggingen med SCL-90 ved innkomst, som viste skårer langt over grenseverdien for alle kategorier psykiske plager den inkluderer. Utredningen viste imidlertid at det ikke stemte, da vi kun fant holdpunkter for agorafobi. I et senere behandlingsmøte med Peder kom det også fram en spesifikk fobi for sprøyter.

Et dilemma vi i rusbehandling ofte står i, gjelder hvor tidlig vi igangsetter utredning etter avgiftning, kontra å avvente og se hvordan pasientens psykiske tilstand stabiliserer





... sprøyten var blitt et objekt for en angst for tilbakefall til livet han hadde levd

seg over tid. At Peder tre måneder senere kun skåret over normalområdet på kategorien Spesifikk fobi i SCL-90, var interessant å se. Det antyder hvor mye rusmiddelfrihet og stabile rammer enkelte ganger kan bety for personers psykiske helse.

Agorafobi

«Tanken om at det var agorafobi jeg slet med, slo meg aldri. Jeg tenkte dette var noe som hang igjen fra tiden på kjøret. Jeg tenkte at ukritisk rusing, en farlig og ustabil omgangskrets og en angstfull hverdag som dreide seg om å holde seg «frisk», hadde satt sine spor i form av «hardere diagnoser» enn hva jeg tenkte agorafobi var. Jeg må innrømme at jeg lo av meg selv da vi var ferdig med utredningen og så utfallet, men måtte fort møte meg selv i døren da jeg innså hvor mye jeg begrenset hverdagen min på grunn av angsten.»

Peder kunne tydelig beskrive en omfattende unngåelse med høy angstnivå, til tross for selv ikke å bevisst ha tenkt over at han lot seg styre av den. Han fortalte at angsten ville være det første han vurderte om han ble invitert med på for eksempel en konsert. Tok han heis hvor det også var andre, stirret han ned i gulvet og led seg gjennom turen. Han forsøkte å handle mat utenom travle tider, eventuelt hastet han seg gjennom det. Når han tok buss, brukte han musikk og mobiltelefon for å distrahere seg. Han utsatte også i det lengste å gå til bussholdeplassen, og kunne derfor komme for sent eller ende med å gå på feil buss. Han var et godt eksempel på hvor livsinnskrenkende en angstlidelse kan være.

Siden han kunne beskrive symptombildet godt, var det lett å utforske og belyse opprettholdende mekanismer og å skissere et bilde av hvordan en eksponeringsterapi ville se ut. Etter hvert som vi snakket, ble han motivert til å gjennomføre. Det var uaktuelt for ham å ikke gjøre noe og la angsten forbli. Vi gikk straks en vinterferie i møte, som betydde gode muligheter for å oppsøke offentlige plasser med store folkemengder.

«Jeg fikk beskjed om at agorafobien var noe jeg kunne eksponere meg for, og til slutt bli kvitt. Dette var noe jeg følte meg klar for å gjøre, selvfølgelig uten å vite hvor utfordrende det kom til å være underveis. Men jeg kom frem til at ved å eksponere meg for angsten ville jeg kunne gjøre ting jeg ville gjøre, uten å måtte vurdere det opp mot angsten, og det å slippe å bli begrenset av angsten ville være deilig. Jeg vet jo også at jeg kunne spise beroligende tabletter for å dempe angsten, men dette var jo uaktuelt for meg, da dette bare er en kvikkfiks, og det ville være en vei tilbake til livet jeg hadde lagt ekstremt mye arbeid i å legge bak meg.»

Jeg har tidligere erfart varierende suksess med gradvis eksponering basert på hjemmelekser, og så behovet for å jobbe annerledes denne gangen. Peder var med på å gjøre intensiv eksponering, med inspirasjon fra Bergen 4-dagersbehandlingen (B4DT). Det innebærer mye eksponering på kort tid – gjerne hele dager, flere dager på rad. Vi hadde kun én time med psykoedukasjon og deretter én time med kartlegging av hvilke situasjoner vi kunne drive med eksponering i. Både han og jeg leste også boken *101 ting vi gjerne skulle ha visst da vi begynte å behandle pasienter med angstlidelser* av Kvale og Hansen (Kvale & Hansen, 2013), og fant nyttige råd der.

Totalt brukte vi 8,5 timer på eksponering sammen, fordelt på tre økter. Å bruke hele dager lot seg ikke kombinere med Peders timeplan på senteret, så vi booket inn halve dager så tett på hverandre som det gikk. På vei til eksponeringen den første dagen ombestemte Peder seg om hvilken

situasjon vi først skulle oppsøke. Bevisst eller ubevisst foreslo han å starte med sin verst rangerte situasjon, i strid med hans tidligere ønske. Ryggmargsrefleksen min var å tenke «Dette er ikke etter planen, det er langt mer krevende enn hva han er forberedt på». Takket være en del runder med selvrefleksjon i forkant klarte jeg å snu tanken raskt, rolig bekrefte at han styrte prosessen, og at vi da gikk for det. Ute på eksponeringen passet jeg på å prate minst mulig, for ikke å bli et regulerende element. Jeg sjekket kun inn på hvordan angstnivået utviklet seg, og avtalte hvordan vi skulle forfølge angsten videre. Først etter at Peder viste en forståelse for og klarte å følge eksponeringsprinsippet, økte vi mengden ved at han fikk øvelser i hjemmeoppgave. Det skjedde allerede etter den andre dagen. Buss var en av hans store frykter og noe han uansett var nødt til å ta flere ganger om dagen. Busskjøring ble derfor en viktig øvelsesarena.

«Det å oppleve angstens naturlige gang var noe nytt, jeg hadde alltid hatt en mekanisme for å dempe den, mens nå var jeg jo bare nødt til å være med på den ubehagelige oppturen, sitte på angststoppen, og så kjenne angsten begynne å dale. Gjerne når angsten var på et overkommelig nivå, så var det å få den til å øke igjen, og sånn holdt vi på.»

Vi var på kjøpesenter, travle kafeer, gågata, buss, og biblioteket på høyskolen. Sammen loset vi oss fra situasjon til situasjon, når angsten hadde dalt ned. Jeg var selv sliten etter hver økt, og tenkte med respekt på hvordan han som faktisk gjorde den harde jobben, måtte ha det. Han oppsøkte i tillegg selv travle butikker, og tok bussen med hevet blikk, uten musikk og mobil til å distrahere seg. Etter halvannen uke med totalt 8,5 timer eksponering sammen anslår jeg at rundt 70–80 % av arbeidet var gjort. Han kunne kjenne på en angst, men ikke lenger frykt. Han fortsatte å eksponere seg i dagliglivet. Et vendepunkt kom etter noen uker, da han på en hjemreise var på et badeland med sin familie. Først i samtalen etter hjemreisen ble han oppmerksom på at han ikke engang hadde tenkt over hva en slik situasjon kunne trigge av angst.

«Da jeg til slutt ikke tilfredstilte diagnosen lenger, var det 20 kilo av skuldrene mine. Det å kjenne på at jeg kan gjøre både nødvendige og lystbetonte ting uten å kjenne på angsten er veldig deilig. Det å kunne stoppe i gågata og ta

en prat uten å føle alle øynene på meg, gå på kafe, eller spise på restaurant, uten trangten til å rømme er virkelig befriende.»

Sprøytefobi

At Peder også hadde en fobi for sprøyter, var noe som dukket opp først lenger ut i behandlingsforløpet. Han var på det tidspunktet i en god flyt hvor mye gikk rett vei. Til slutt ble det betimelig å spørre: «Hvor er snublesteinen vi ikke ser? Hva er det som kan felle deg nå?»

«Da jeg sa til psykologen at den eneste tingen som kunne knekke meg, var synet av sprøyter, sa han at det også var noe jeg kunne eksponere meg for. Jeg skal innrømme at kroppen min ble superaktivert ved tanken på å sitte med sprøyta i hånda. Men det var også noe jeg bestemte meg for å gjøre, for det å ryke på en sprekk var uaktuelt for meg.»

Frykten hans var å uventet treffe på noen som injiserte opioider, og at han da skulle få et tilbakefall. Ikke på grunn av nærheten til rusmiddelet i seg selv, men fordi han fikk en voldsom angstaktivering av å se sprøyter. Han fryktet at å ha et så effektivt dempende rusmiddel umiddelbart tilgjengelig kunne føre til et tilbakefall. I nærmere samtale fortalte han at selv å se for seg en sprøyte skapte relativt mye angst. Så han en spillefilm hvor noen satte en sprøyte, måtte han se bort. Gjennom samtaler forstod jeg det slik at sprøyten var blitt et objekt for en angst for tilbakefall til livet han hadde levd. Å se sprøyter og noen som brukte sprøyter, trigget negative og positive følelser knyttet til hans historie, som han enda ikke hadde bearbeidet. Selv om det slik sett ikke framstod som en klassisk sprøyteskrek, så var fryktassosiasjonen til stede, og jeg vurderte at dette også kunne behandles med eksponering.

Pasienten hadde en så god opplevelse med eksponeringen for agorafobien at han bestemte seg for å ta fatt på eksponering for sprøytefobien også. Han ønsket da å gå for *flooding* – «det er bare å hoppe i det», sa han. Jeg hentet her inspirasjon fra Lars-Göran Östs tretimersbehandling for fobier. Jeg skaffet på forhånd den type sprøyte og kanyle Peder hadde brukt, og hadde sprøyta ferdig montert på kontoret da han kom. Da Peder kom inn, sa han at angsten var 7/10, og at han ikke hadde sovet noe den natta. Han var tydelig spent og uttalte flere ganger, med nervøs latter, hvor absurd det var å skulle gjøre dette.



«Jeg glemmer aldri opplevelsen, går inn på psykologkontoret med kaffekoppen i hånda, en kroppslig aktivering ut av en annen verden. Jeg kommer inn i rommet, og for å være helt ærlig så husker jeg ikke helt hva som blir sagt, før han sier «Ja, den ligger bak meg på skrivebordet». Da våkner jeg, og før jeg vet ordet av det, så sitter jeg der, med sprøyta i hånda. Det var som å få en del av armen som manglet, tilbake, det er vanskelig å sette ord på alle følelsene og tankene som rant gjennom meg på veldig kort tid.»

Da han fikk sprøyten i hendene, ble det umiddelbart stille i rommet. Fra tidligere angst og spenning gled blikket hans over i lengsel. Han holdt sprøyten og kjærtegnet den nært som et barn som får en kattunge i armene. Raskt og refleksivt roterte han kanylen, slik at spissen var vinklet rett i forhold til etthåndsgrepet hans. Umiddelbart etterpå merket han hvor instinktivt han gjorde det. Han begynte å snakke om gode opplevelser med rusen, hvordan den alltid hadde vært der for ham. Venner, folk han savner, gode opplevelser de har hatt sammen. Han håndterte sprøyten som en forlengelse av sin egen arm. Dro stampelet inn og ut med én hånd, så mykt og uanstrengt som jeg ikke kunne gjort med to. Han sa at det var som å sitte med en bror i hendene. Jeg ble usikker på i hvilken grad han engang enset meg lenger. Det er interessant at før dette så hadde han hverken i samtaler eller for seg selv turt å gå inn i det gode rusen hadde vært for ham. Frykten var at han da ville slippe rusmonsteret ut av det billedlige buret. Men der og da kom alt ut, uten at det lot til å være et agitert monster så mye som en essensiell del av hans egen historie.

Gradvis over 10–15 minutter ble blikket mer alvorstynget. Han begynte å snakke om alt det vonde rusen hadde ført med seg. Alle han hadde mistet, alle han hadde såret. Hvor slitsomt det evige jaget etter det neste skuddet var. Hvor sliten han alltid var. Anger han måtte bære på. Over 30 minutter ble han gradvis mer avslappet, snakket friere rundt sin historie og hele prosessen med å bli rusfri. Angsten gikk ned til 4/10. Han trakk opp en dose kaffe i sprøyten, og opp gikk angsten igjen. Han ropte sjokkert ut at han aldri hadde tenkt over hvor lik fargen er heroin, og hvordan kaffe har den samme bitre smaken. Han begynte å vri og strekke venstre arm. Brått ble han oppmerksom og sa at det kjentes ut som om han nettopp hadde satt et skudd. Han kjente presset i

underarmen, hvordan leddet ble stivt. Kroppen husket. Han trykket kaffen ut og lyttet gjenkjennelig til den høyfrekvente sildrelyden. Han ba om kanylehetta og satte den på, pauset et øyeblikk: «Fy faen, så mange ganger jeg har satt kanylen gjennom hetta og stukket meg i fingeren. Det er *ikke* godt», humret han for seg selv. Han lente seg tilbake i stolen, slengte sprøyta på bordet og sa: «Det der er jeg ferdig med. Jeg trenger ikke det mer.»

Under hele prosessen sa jeg veldig lite. Han hadde en monolog og fulgte sin egen prosess. Først når angsten var lav og han begynte å henvende seg til meg, kom jeg med innspill på hvordan forfølge angsten videre. Hele sesjonen varte kun halvannen time. Angsten var borte. Ikke minst, frykten for hvilken makt sprøyten hadde over ham, var borte. Prosessen kan nok beskrives inngående fra flere forskjellige fagperspektiver. Jeg tenker at det foregikk to parallelle prosesser her. Han fikk eksponert seg for angsten og brutt fryktassosiasjonen. Det var også en eksponering for følelser knyttet til livet han hadde levd. Et eksistensielt møte med egen fortid, hvor gode og vonde deler av det livet møttes, og ble bearbeidet og integrert på et dypt emosjonelt plan. Han hadde ikke lenger et rusmonster i seg, kun gode og dårlige opplevelser med rusen, alle like viktige og virkelige.

AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

Forut for behandlingen og i etterkant har jeg reflektert over egen praksis med eksponeringsterapi. Hva har gjort at noen behandlinger ikke har gått så bra, og hva var det som fungerte godt i tilfellet med Peder? Noen ganger har jeg vært med ut på eksponering i noen timer, andre ganger kun gitt hjemmeoppgaver. Jeg har for min del kommet fram til disse hovedpunktene: 1. Tillit og samarbeidsallianse: Peder hadde tillit til meg som fagperson og til behandlingsmetoden jeg anbefalte. Det gav økt motivasjon og mestringstro. At vi sammen drøftet behandlingen og entes om framgangsmåten, med vekt på at han var sjef i prosessen, gav ham et eierskap. Han måtte aktivt ta valget og være delaktig i prosessen. At han også leste og bladde i Kvaale og Hansens håndbok, gjorde at han fant råd og poeng som gav mening for ham. Jeg kunne ikke ha gjettet på at det var akkurat disse rådene han trengte. 2. Intensitet: Vi gjorde mye eksponering per sesjon, og sesjonene kom tett på hverandre. Kanskje er det ikke nødvendigvis rett

for alle å gjøre det like intenst som i B4DT eller her. Men i Peders tilfelle hadde det den effekten at han allerede første dag flere ganger fikk merke at dette faktisk fungerte. Det gav mestringsopplevelse og motivasjon til å jobbe videre. 3. Kom i gang med selve behandlingen: Det er viktig med psykoedukasjon og planlegging, men maksimum 1–2 sesjoner av hver bør være mer enn nok for å gå gjennom det nødvendige, lærte jeg av Kvaale og Hansen. Å ikke bruke for lang tid på dette, men komme i gang med det som virkelig hjelper, sender også et signal om at angsten ikke er noe farlig som vi må planlegge i hjel og drøye med å utsette oss for. 4. Være med ut: At jeg er med ut på øvelsene flere ganger over tid, gir en ramme som sørger for at øvelsen faktisk blir gjort. Tidligere har jeg nok undervurdert hvor stor makt angsten kan ha over et menneskes liv, og hatt for høye forventninger til hva de skulle klare selv. Å observere ham i flere situasjoner gav også en helt annen mulighet til å bekrefte progresjonen i behandlingen, og jeg kunne se når han var klar for å ta fatt på hjemmeoppgaver. 5. Riktige instruksjoner: Jeg tror den viktigste instruksjonen jeg kunne gi, var det å være passiv observatør til egen angst, uten å fjerne seg fra den. Men å lene seg inn i den og observere angstens forløp. Denne fikk jeg fra Hansen og Kvaales bok, og kommuniserer nok noen nyanser som jeg ikke har klart tidligere. Og at selv velmenende selvinstruksjoner som at «dette går bra, det er ikke farlig», har en kontraproduktiv effekt.

For meg har behandlingen med Peder gitt erfaring og motivasjon til å i større grad sette av tid til intensivt eksponering. Ikke alle jobbsituasjoner tillater det, men ofte gjelder det også å selv prioritere tiden vår til det. Eksponeringen for sprøytefobien åpnet også opp mine øyne for hvordan eksponering for en fobi ikke bare er en avlæring av fryktassosiasjon, men også kan være en emosjonell eksponering. Eksponering for følelser og hendelser som for noen kan være vanskelig å sette ord på eller få tilgang til i en samtaleterapietsetting. ✕



Det var også en eksponering for følelser knyttet til livet han hadde levd. Et eksistensielt møte med egen fortid

REFERANSER

Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., Girolamo, G. de, Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Katz, S.J., Kessler, R.C., Kovess, V., Lépine, J.P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L.J., Vilagut, G., ... Volleberg, W.A. M. (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of

the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, s420. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00328.x>

Kendler, K.S., Walters, E.E., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C. & Eaves, L.J. (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: Phobia, generalized anxiety disorder, panic

disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 52, 5. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950170048007>

Kvale, G. & Hansen, B. (2013). *101 ting vi gjerne skulle visst da vi begynte å behandle pasienter med angstlidelser*. Universitetsforlaget.

Virtuell virkelighet, virkelig mestring: Virtual Reality som verktøy i behandling av psykoselidelser

Christer Lunde Gjerstad^{1,2,3}, Olivia Schjøtt-Pedersen^{2,3}, Andreas Seierstad², Jan Ivar Røssberg^{2,3}, Helen Bull⁴, Lars-Christian Berentzen² & June Ullevoldsæter Lystad^{2,5}

¹ Institutt for militærpsykiatri og stressmestring, Forsvarets sanitet

² Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus

³ Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

⁴ Fakultet for helsevitenskap, OsloMet – storbyuniversitetet

⁵ Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KONTAKT

christer@privatpsyk.no

MERKNAD

JUL er medlem av Psykologtidsskriftets redaksjonsråd.

FAGFELLEVDERT

Sammendrag

Virtual Reality (VR) seiler opp som et innovativt verktøy i psykoterapi. I artikkelen går vi gjennom evidensgrunnlaget for bruk av VR i terapi, med vekt på behandling av psykoselidelser. Vi presenterer et fiktivt kasus basert på reelle behandlingsforløp fra psykoseenheter ved Oslo universitetssykehus, som illustrasjon på hvordan VR kan brukes for å adressere angst og unngåelsesatferd hos en pasient med psykoselidelse. Videre introduserer vi RecoVRy, en ny norsk intervensjon som kombinerer VR og kunstig intelligens (KI) for å hjelpe personer med psykoselidelser å håndtere angst i dagligdagse situasjoner. Integrasjonen av VR og KI har betydelig potensial, men vi diskuterer også utfordringer knyttet til personvern og etiske hensyn. Vi konkluderer med at selv om VR-terapi trolig ikke representerer en universalløsning, utgjør teknologien et verdifullt tilskudd som kan berike terapeutisk praksis og mulig bidra til betydelige helse- og samfunnsøkonomiske besparelser. Til slutt understreker vi nødvendigheten av videre forskning for å fullt ut realisere dette potensialet.

Nøkkelord: virtuell virkelighet, VR, virtuell eksponeringsterapi, VRET, kunstig intelligens, KI, psykose, schizofreni

Nasjonale og internasjonale føringer oppfordrer til økt bruk av digitale teknologier og e-helse-tiltak i behandling av psykiske lidelser (Meld. St. 7 (2019–2020); World Health Organization, 2022). Virtual Reality (VR) er en av flere teknologier som har vist seg lovende i denne sammenheng, men som foreløpig har begrenset utbredelse (Ose et al., 2019; Stige et al., 2023). Selv om VR-teknologi tradisjonelt har vært forbundet med spill og underholdning, har man i løpet av de siste tiårene virkelig oppdaget dens potensial i psykoterapi (Birckhead et al., 2019). En annen teknologi med stort potensial er kunstig intelligens (KI; Kellogg & Sadeh-Sharvit, 2022). Siden lanseringen av OpenAIs generative språkmodell ChatGPT høsten 2022 har bruken av KI i helsesektoren økt betraktelig, både i somatikk (Berntsen, 2023) og psykisk helsevern (Günther, 2024).

Her presenterer vi forskningsgrunnlaget for VR som psykoterapeutisk verktøy, med vekt på behandling av psykoselidelser. Ved hjelp av et fiktivt kasus basert på reelle behandlingsforløp fra psykoseenheter ved Oslo universitetssykehus (OUS) viser vi hvordan VR muliggjør realistisk eksponering for angstutløsende situasjoner og trening i å mestre dem. Videre belyser vi hvordan VR i kombinasjon med KI kan brukes for å utvikle og tilby skreddersydde behandlingsprogrammer for norske psykosepasienter.

Artikkelen er skrevet av et tverrfaglig team av klinikere og forskere innen psykose- og angstfeltet. Forfattergruppens brede sammensetning, bestående av psykologer, psykiatere, psykiatriske sykepleiere og ergoterapeuter, bidrar til å belyse temaet fra ulike kliniske og praktiske vinklinger. Alle forfatterne er tilknyttet RecoVRy-prosjektet – et samarbeid mellom OUS, Universitetet i Oslo, OsloMet, University of Oxford og Fornix (les mer på <https://www.recovry.no/>).

Hva er VR?

Som teknologi har VR eksistert siden 1960-årene (Sutherland, 1965). De siste årenes teknologiske fremskritt har imidlertid forvandlet VR fra enkle, statiske visualiseringer til de dynamiske og virkelighetstro verdenene vi kjenner i dag. VR beskrives ofte som et digitalt skapt miljø der brukeren kan interagere med omgivelsene og føle seg helt eller delvis omsluttet (på engelsk: immersed) av VR-miljøet. VR-briller eliminerer distraksjoner fra omverdenen, og erstatter dem i stedet med kunstig visuell og auditiv informasjon (Freeman et al., 2017). Det er også mulig å engasjere

flere sanser for å forsterke opplevelsen, som bevegelse, berøring, temperaturfølsomhet, smerte, lukt og mer. De siste par tiårene har teknologigiganter som Meta, Samsung og Apple intensivert sin satsing på VR-utvikling, noe som har resultert i stadig mer avanserte, rimelige og brukervennlige enheter i forbrukermarkedet.

VR i psykoterapi

Det var først i 1990-årene at man oppdaget VR sitt potensial som terapeutisk verktøy (North & North, 1994). Selv om forskningsfeltet fremdeles er ferskt (Birckhead et al., 2019), foreligger det i dag en rekke systematiske oversiktsstudier som befester VR som et effektivt terapeutisk verktøy for ulike psykiske lidelser, deriblant fobiske angstlidelser, panikk lidelse, posttraumatisk stresslidelse, tvangslidelse, rusavhengighet, ADHD, spiseforstyrrelser og psykose (Carl et al., 2019; Dellazizzo et al., 2020; Dilgul et al., 2020; Emmekamp & Meyerbröker, 2021; Freeman et al., 2017; Freitas et al., 2021; Opriş et al., 2012; van Loenen et al., 2022; Wechsler et al., 2019).

VR-teknologiens effektivitet skyldes primært dens kapasitet til å simulere virkeligheten så realistisk at det fremkaller ekte følelsesmessige, psykologiske og fysiologiske responser (Martens et al., 2019). Ved å dykke ned i et virtuelt miljø kan pasienten oppleve situasjoner som føles svært livaktige og angstutløsende, samtidig som psykologen har mulighet til å kontrollere hva som foregår, ved hjelp av VR-programvaren. Slik kan man gjennomføre gjentatte, graderte simuleringer i trygge omgivelser på kontoret, der psykologen får et unikt innblikk i hvordan pasienten faktisk reagerer i møte med de fryktede situasjonene (Rizzo & Koenig, 2017). Dette muliggjør systematisk og målrettet arbeid for å komme frem til gode mestringsstrategier. Målet er at pasienten forholdsvis enkelt kan overføre strategiene til den virkelige verden, og dermed håndtere slike situasjoner på en mer hensiktsmessig måte i det daglige (Freeman et al., 2017). VR-terapi kan altså senke terskelen for å komme i gang med og vedlikeholde eksponering, noe vi vet kan være en betydelig utfordring for både pasient og psykolog (Becker-Haimes et al., 2017).

Videre kan VR tjene som et godt fundament for såkalt «blended care», der tradisjonell ansikt-til-ansikt-terapi kombineres med digitale verktøy for å effektivisere og forsterke langtidseffekter av behandlingen (Cohen et al., 2024). I tillegg viser forskning at VR-terapiens konkrete og praktiske tilnærming appellerer til pasientgrupper som vanligvis er skeptiske til

behandling, deriblant personer med psykoselidelser (Freeman et al., 2017).

VR i psykosebehandling

Psykoselidelser er alvorlige psykiske lidelser som rammer omtrent én prosent av befolkningen. Lidelserne kan ha store konsekvenser for individet og deres pårørende (Tandon et al., 2009), samt høye samfunnsmessige kostnader (Kinge et al., 2023). I tillegg til psykosesyntomer opplever en betydelig andel personer med psykoselidelser angstplager, og agorafobi har blitt foreslått som en markør for økt klinisk behov (Freeman et al., 2019; Freeman, Lambe, Galal et al., 2022).

De siste 20 årene har det blitt publisert en rekke studier som har undersøkt om ulike former for VR-terapi er effektivt ved psykose (Rus-Calafell et al., 2018). Det er bl.a. dokumentert at slike intervensjoner kan føre til nedgang i positive symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner (Craig et al., 2018; du Sert et al., 2018; Freeman et al., 2016; Moritz et al., 2014; Pot-Kolder et al., 2018), reduksjon av komorbid angst og unngåelsesatferd (Freeman, Lambe, Kabir, et al., 2022), styrking av sosiale- (Park et al., 2011) og jobbrelaterte ferdigheter (Blajeski et al., 2016), samt forbedring av kognitive domener slik som oppmerksomhet, hukommelse, problemløsning og prosesseringshastighet (Schroeder et al., 2016). I en systematisk litteraturgjennomgang av 23 studier konkluderte Lan og kollegaer (2023) med at VR-terapi i kombinasjon med standard behandling (treatment as usual, TAU) var mer effektivt enn TAU alene for behandling av psykoselidelser. TAU inkluderte her medikasjon, psykoterapi og sosial ferdighetstrening. Forfatterne argumenterer for at VR-terapi kan forsterke TAU bl.a. gjennom å adressere negative symptomer som sosial tilbaketrekning, i langt større grad enn antipsykotiske medikamenter er i stand til. Flere uavhengige litteraturgjennomganger (Holopainen et al., 2023; Lan et al., 2023; Smith et al., 2024) har dessuten vist at VR-terapi er forbundet med høy grad av opplevd trygghet og aksept hos pasientene, og liten grad av uønskede bivirkninger.

VR-terapi i en norsk psykosepopulasjon

Et konkret eksempel på en intervensjon rettet mot reduksjon av unngåelsesatferd, er VR-programmet *gameChange* (se <https://gamechangevr.com/>), som ble utviklet av en forskergruppe ved universitetet i Oxford i tett samarbeid med brukerrepresentanter (Lambe et al., 2020). GameChange er et helautomatisert program som lar mennesker som opplever angst i dagligdagse situasjoner eksponere seg for det som

opplever utrygt, og øve på å håndtere situasjonene på alternative måter. Programmet er basert på sentrale prinsipper ved kognitiv atferdsterapi (KAT). I en randomisert kontrollert studie (RCT) av *gameChange*, gjennomført i en større psykosepopulasjon i England ($N = 346$), fant man signifikante reduksjoner i unngåelse og stress i dagligdagse situasjoner sammenlignet med TAU alene (Freeman, Lambe, Kabir et al., 2022). Deltakerne rapporterte dessuten om høy grad av tilfredshet og liten grad av bivirkninger ved VR-terapien (Freeman et al., 2023).

Ved OUS har vi nylig avsluttet en pilotstudie der vi har prøvd ut *gameChange* ved tre seksjoner for psykosebehandling. Tjuesyv personer med psykoselidelse har deltatt. Deltakerne ble vurdert ved inklusjon, etter avsluttet behandling (13 uker etter inklusjon) og ved oppfølging (31 uker etter inklusjon). Foreløpige resultater viser merkbare reduksjoner i unngåelse og depresjon, samt økning i selvrapportert fungering og høy grad av tilfredshet med intervensjonen (Seierstad et al., 2024).

Resultatene indikerer altså at VR kan være et nyttig verktøy ved behandling av psykose i en norsk klinisk setting. For å tegne et bilde av hvordan dette kan se ut i praksis, har vi valgt å beskrive et fiktivt kasus med utgangspunkt i reelle behandlingsforløp fra pilotstudien. I kasuset følger vi pasienten Bjørnar gjennom seks behandlingstimer der han øver på å mestre utfordrende sosiale situasjoner ved hjelp av VR-eksponering. Se Figur 1 for flytskjema som illustrerer gangen i en slik VR-økt.

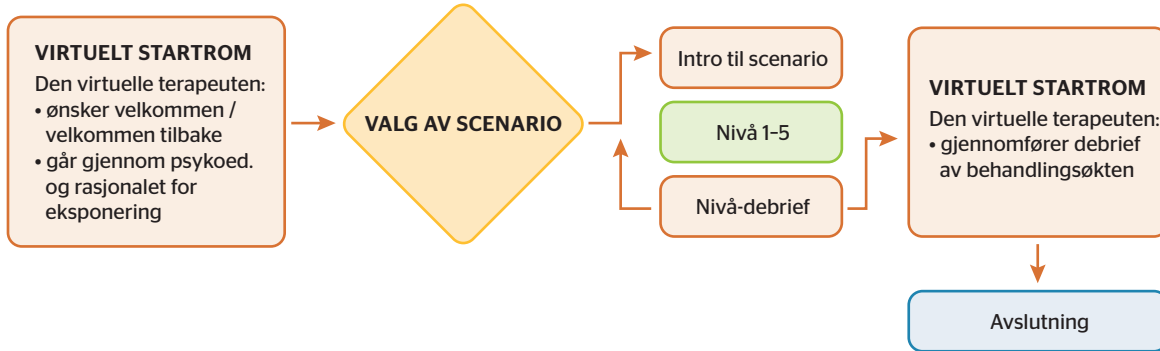
Kasus: Bjørnar

Bjørnar går til poliklinisk behandling ved en psykosenhets i OUS. I tillegg til en schizofrenidiagnose strever han med omfattende angst knyttet til sosiale situasjoner. Selv om Bjørnars faste psykolog ikke selv har erfaring med bruk av VR, mener han at Bjørnar trolig kan få utbytte av VR-terapi rettet mot angstsymptomer og unngåelsesatferd. Psykologen har nemlig stor tiltro til Marit, en annen psykolog ved enheten som nylig har fått opplæring i bruk av VR. Marit har fått opplæring i en programvare hvor det finnes syv ulike scenarioer med varierende vanskelighetsgrader: et legekantor, en kafé, en bar, en butikk, et kjøpesenter, en buss og en åpen gate. Bjørnar får tilbud om seks VR-assisterte behandlingstimer med Marit, i tillegg til de faste samtalerne i poliklinikken.

Før første behandlingstime er Bjørnar nervøs og vurderer å trekke seg flere ganger. Han er redd for å fremstå rar eller dum, men møter opp likevel. Marit forklarer hvordan terapien og programmet fungerer.

Figur 1

Flytskjema over gangen i en VR-økt



Deretter tar hun på seg VR-brillene og «tegner» en firkant på gulvet med den ene håndkontrollen, mens hun forklarer at Bjørnar vil se virtuelle grensegjerder inne i brillene dersom han forsøker å gå utenfor dette området. Hun viser også frem nettbrettet hun bruker til å speile innholdet fra VR-brillene, slik at hun kan følge med på hva Bjørnar ser på i programmet.

Marit opplever Bjørnar som ordknapp og tilbake trukket i de første avtalene. Når hun spør hvilke situasjoner han synes er utfordrende, svarer Bjørnar flere ganger «vet ikke». Hun sliter med å få tak i hvordan han opplever det, men får en økt forståelse av hvordan han oppfører seg i utfordrende situasjoner, ved å observere atferden hans i de virtuelle scenarioene. I første behandlingstime velger Bjørnar butikk-scenarioet, fordi det er noe han får til i virkeligheten, selv om han synes det er ubehagelig. Senere prøver han seg på legekontor-scenarioet av samme grunn. Flere ganger blir han overrasket over hvor ekte scenarioene oppleves. I starten dobbeltsjekker han ofte med Marit hva han skal gjøre. Hun opplever ham som nølende og ser at han står mye stille og stirrer ned i bakken. For å forsøke å trygge ham kommer hun innledningsvis med støttende innspill, men etter hvert som de blir bedre kjent, utfordrer hun ham til å løfte blikket og ta inn omgivelsene litt mer.

Mot slutten av behandlingstimen oppfordrer Marit Bjørnar til å gå tilbake til det virtuelle startrommet for en oppsummering med Nic, den virtuelle terapeuten som hjelper ham gjennom de ulike eksponeringene. Deretter tar han av seg VR-brillene, og de snakker litt om hvordan han opplevde det. Bjørnar forteller at han syntes det var «ok, men litt guffent». Etter hvert klarer han også å fortelle mer om hva det var som opplevdes

vanskelig. Avtalen avsluttes med at de planlegger en hjemmeoppgave som Bjørnar skal øve på til neste gang.

Strukturen på timene virker betryggende for Bjørnar, som stadig synes oppgavene er utfordrende, både hjemme og i VR. Etter hvert vet han mer om hva han kan forvente, og blir tryggere på Marit. Når de kommer til buss-scenarioet, klarer han å fortelle at han synes det er skummelt, og at han føler at de andre på bussen stirrer på ham. Vanligvis ville han satt seg bakerst og unngått å se på medpassasjerene, men Marit ber ham om å stå midt i bussen og se de virtuelle karakterene i øynene. I kjøpesenter-scenarioet klarer han å si mer om hvilke tanker som dukker opp underveis. På et punkt føler han for å ta av seg brillene, men Marit oppfordrer ham til å holde ut litt til. Gradvis danner hun seg et bilde av de ulike trygghetssøkende strategiene han benytter, og bruker dette som utgangspunkt for å foreslå alternative strategier han kan prøve ut.

Utover i behandlingsforløpet legger Marit merke til at Bjørnar fremstår tryggere enn før. Han virker å reagere raskere på utfordringene fra den virtuelle terapeuten Nic og opptrer mer bestemt. Han synes fremdeles det er krevende, men fortsetter å øve på alternative strategier. Mot slutten av den fjerde behandlingstimen forteller han at han vil prøve kafé-scenarioet neste gang. Han har ikke klart å gå på kafé på lenge, men har lyst til å få det til. Da den femte timen kommer, klarer han til sin overraskelse å gjennomføre hele scenarioet. Likevel blir den påfølgende hjemmeoppgaven om å besøke en ekte kafé for vanskelig, og han drar hjem før han får bestilt noe. Ved gjennomgangen i begynnelsen av den sjette timen forteller han at han ble skjelven og fikk vansker med å puste rolig, noe han ikke ville at andre skulle se. Marit og Bjørnar snakker om det som skjedde, og hva som skal til for at

han kanskje får det til neste gang. Hun minner ham på strategier som har virket for ham i VR. Han gjennomfører kafé-scenariet på nytt, og de sammenlikner opplevelsene fra VR med erfaringene fra virkeligheten. Før de avslutter, oppsummerer de hva han har lært i VR-terapien, og hvordan han kan overføre disse strategiene til hverdagen. Marit har journalført terapiløpet fortløpende, samt snakket med den faste psykologen om hvordan de har jobbet, og hvilke strategier de har øvd på. Den faste psykologen kan dermed støtte Bjørnar videre mens han fortsetter å utfordre seg selv i hverdagen.

RecoVRy - VR-behandling med KI

Vår presentasjon av det fiktive kasuset Bjørnar illustrerer hvordan VR-terapi kan forløpe i klinisk praksis, og hvordan man gradvis kan jobbe med å oversette virtuelle erfaringer til reell praktisk nytteverdi. Til tross for at mange psykologer er positive til slik terapeutisk bruk av VR, er utbredelsen fortsatt svært begrenset (Lindner et al., 2019). Utvikling av gode, anvendbare applikasjoner, og utprøving av og forskning på dem, er nødvendig hvis man skal få til en generell implementering i offentlig psykisk helsevern i Norge.

Med utgangspunkt i erfaringene fra pilotstudien og nyttige tilbakemeldinger fra brukere er vi nå i gang med utviklingen av et norsk VR-program ved navn *RecoVRy*. Programmet blir skreddersydd for en norsk pasientpopulasjon, med typisk norske miljøer og norsk språk. Gjennom *RecoVRy* kan man fordype seg i en rekke simulerte scenarioer, slik som bussreiser, kafébesøk, offentlige venterom, jobbintervjuer, samtale med NAV-rådgiver, etc. Se Figur 2 for eksempler på scenarioer.

Scenarioene er utformet for å gjenspeile angstutløsende faktorer i det virkelige liv, som man kan øve seg på å håndtere i trygge, kontrollerte omgivelser sammen med psykologen sin. Som pasient blir man guidet gjennom scenarioene ved hjelp av innebygde instruksjoner som systematisk introduserer psykologiske prinsipper og behandlingsmål gjennom hver økt. Dette designgrepet sikrer at viktige KAT-prinsipper, som applikasjonen er bygget på, standardiseres og presenteres for alle pasienter. Det muliggjør samtidig egentrening og hyppigere eksponering, f.eks. ved at pasientene kan låne med seg VR-briller og trene hjemme i kombinasjon med øktene hos psykologen. I tillegg åpner det for at behandlere uten KAT-utdanning kan levere intervensjonen, noe som potensielt kan løse bemanningsutfordringer i psykisk helsevern.

En av de mest fremtredende funksjonene i *RecoVRy* skapes ved integrasjon av kunstig intelligens.

Erfaringer fra pilotstudien synliggjorde behovet for at pasientene kan interagere og snakke med avatarer (virtuelle mennesker). Mens dagens VR-programmer i stor grad er fastlåst i rigide interaksjonsmønstre og manusbaserte samtaler, vil bruk av KI muliggjøre livaktige, dynamiske samtaler i *RecoVRy*. Eksempelvis kan avataren man snakker med, fange opp angst hos pasienten basert på pasientens valg av ord, og dermed gi en mer empatisk og oppmuntrende respons i retur. Det øker graden av innlevelse, og skaper en mer genuin interaksjon som gir pasienten rom til å utforske egne reaksjoner i ulike sosiale situasjoner. Samtidig økes sannsynligheten for at den enkelte pasient opplever scenarioene som relevante og nyttige, og KI bidrar dermed til mer persontilpasset behandling.

RecoVRy skal prøves ut i en landsdekkende RCT med oppstart siste halvdel av 2024. I studien vil personer med psykoselidelser bli randomisert til enten A) en kombinasjon av *RecoVRy* og TAU eller B) VR-spill og TAU. Hovedmålet er å evaluere om kombinasjonen av *RecoVRy* og TAU effektivt reduserer angst og unngåelse i den virkelige verden, sammenliknet med annen VR-aktivitet og TAU. Den primære hypotesen er at kombinasjonen av *RecoVRy* og TAU vil gi større reduksjon av angst og unngåelse i dagliglivet. Videre vil studien undersøke om intervensjonen fører til reduksjon av symptomer på psykose, depresjon, paranoia og engstelig unngåelse. Andre fokusområder inkluderer innsikt, livskvalitet og om intervensjonen stimulerer til økt sosial deltakelse og høyere funksjonsnivå. En helseøkonomisk evaluering vil også gjennomføres, basert på en antakelse om at *RecoVRy* er mer kostnadseffektiv enn TAU. Til slutt vil en kvalitativ tilnærming belyse erfaringer fra de som mottar, administrerer og implementerer VR-terapi. Dette inkluderer perspektiver fra pasienter, terapeuter og helseledere, og vil bidra til å identifisere mulige hindringer og drivkrefter for å innføre VR i klinisk praksis.

Diskusjon og implikasjoner

Vi har presentert og gjennomgått forskningsgrunnlaget for VR som psykoterapeutisk verktøy, med vekt på behandling av psykoselidelser. Ved hjelp av et fiktivt kasus har vi illustrert hvordan VR kan benyttes som verktøy i en klinisk psykologhverdag, og har belyst hvordan VR i kombinasjon med KI kan brukes for å tilby skreddersydd behandling for norske pasienter.

Psykoselidelser representerer i dag en betydelig økonomisk belastning, både for den det gjelder, for helsevesenet og for samfunnet som helhet. De direkte

Figur 2

Eksempler på simulerte scenarior i RecoVRy



Note. Øverst til venstre: bussreise, øverst til høyre: rangering av ubehag på bussreise, nederst til venstre: offentlig venterom og nederst til høyre: kafébesøk

og indirekte kostnadene, inkludert tapte inntekter fra redusert arbeidsdeltakelse, understreker behovet for mer kostnadseffektive behandlingsmetoder (Rund, 2023). Vi mener VR-terapi har potensial til å bidra til store økonomiske besparelser, bl.a. ved å fremme raske og mer effektiv rehabilitering og (re)integrering i samfunnet. Dette kan oppnås gjennom mer målrettet og individualisert behandling som adresserer spesifikke utfordringer pasientene står overfor, slik som

sosial angst og unngåelsesatferd. Vår erfaring tilsier dessuten at teknologien i seg selv kan virke engasjerende, også for personer som ellers viser liten interesse for psykologisk behandling.

Gjennom vårt arbeid med å utvikle RecoVRy-programmet har vi sett at kombinasjonen av VR og KI åpner opp uante muligheter for å målrette behandling av psykoselidelser. Ved hjelp av KI kan man skape dynamiske interaksjoner som reagerer og tilpasser seg

pasientens atferd og følelsesmessige tilstand i sanntid. Dette kan bl.a. bidra til mer engasjerende og person-tilpasset terapi. I tillegg kan det øke treffsikkerheten, frekvensen og intensiteten i eksponeringsarbeidet, noe som kan lette arbeidsbyrden for både pasient og psykolog.

Samtidig innebærer integrering av KI betydelige utfordringer, spesielt knyttet til personvernmessige og etiske overveielser (Martinez-Martin, 2021). Dersom sensitive helseopplysninger skal håndteres av skybaserte KI-systemer, blir det særdeles avgjørende å utarbeide strenge, men likevel pragmatiske personvernprosedyrer (Kellogg & Sadeh-Sharvit, 2022). Videre krever bruk av KI i terapeutisk sammenheng en grundig vurdering av ulike etiske aspekter, deriblant hvordan man skal klare å kvalitetssikre det faglige innholdet i de digitale interaksjonene (Günther, 2024). Vi mener derfor at det er essensielt å finne en balanse mellom teknologisk innovasjon og ivaretagelse av personvern, etikk og menneskelig innsats i terapiprosessen. Dette forutsetter at norske helsemyndigheter viderefører det allerede påbegynte arbeidet med å utvikle tydelige reguleringer og gode retningslinjer for implementering av KI i helsesektoren (se f.eks. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kunstig-intelligens>).

Etter vårt syn representerer teknologiene, med deres unike evne til å skape kontrollerte, realistiske og interaktive miljøer, et viktig tilskudd til psykoterapeutisk praksis. Vi mener å finne støtte for et slikt syn både i litteraturen på feltet og i erfaringene vi så langt har gjort oss med å ta i bruk VR-terapi ved flere psykosenheter ved OUS. Det er likevel viktig å anerkjenne at tilnærmingen ikke nødvendigvis representerer en universalløsning for alle pasienter eller psykologer. Erfaringene fra pilotstudien vår tyder på at selv om det oppleves som en lovende tilnærming, er det ikke alle som får like godt utbytte av den. Som med alle terapeutiske verktøy må det utvises skjønn også i bruk av digitale teknologier. Det er trolig mest hensiktsmessig å betrakte VR og KI som supplement til den eksisterende terapeutiske verktøykassen, altså noe som kan tilby unike fordeler gitt at pasientens problemstilling og preferanser tilsier det.

Til tross for en rekke spennende initiativ gjenstår det fremdeles mye arbeid med å utforske og kartlegge bruken av VR og KI i psykoterapi. Fremtidig forskning bør bl.a. studere langtidseffekter av slike tiltak, og anvendelighet på tvers av ulike kulturelle kontekster, pasientgrupper og lidelser. En viktig del av forskningen vil samtidig bestå i å navigere i et utfordrende landskap bestående av personvern, datasikkerhet og etiske spørsmål. Gitt at man klarer å løse utfordringene på en fornuftig måte, mener vi at slike teknolo-

gier tilbyr banebrytende muligheter for innovasjon i behandling av psykiske lidelser.

Konklusjon

VR-teknologiens inntog i psykoterapien representerer en spennende, evidensbasert utvikling med potensial til å effektivisere og forbedre behandling av psykoselidelser og andre psykiske helseplager. Selv om VR-teknologien på langt nær er en universalløsning, utgjør den et verdifullt tilskudd som kan berike terapeutisk praksis og bidra til betydelige helse- og samfunnsøkonomiske besparelser. Gitt videre forskning og innovasjon på feltet kan VR, og kanskje i enda større grad KI, vise seg å spille stadig mer verdifulle roller i fremtidens psykiske helsevesen. ✘

Referanser

- Becker-Haimes, E.M., Okamura, K.H., Wolk, C.B., Rubin, R., Evans, A.C. & Beidas, R.S. (2017). Predictors of clinician use of exposure therapy in community mental health settings. *Journal of Anxiety Disorders*, 49, 88–94. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.04.002>
- Berntsen, H. (2023). Med kunstig intelligens kan leger diagnostisere pasienter både enklere og billigere. *forskning.no*. <https://www.forskning.no/helse-kunstig-intelligens-medisinske-metoder/med-kunstig-intelligens-kan-leger-diagnostisere-pasienter-bade-enklere-og-billigere/2189120>
- Birckhead, B., Khalil, C., Liu, X., Conovitz, S., Rizzo, A., Danovitch, I., Bullock, K. & Spiegel, B. (2019). Recommendations for methodology of virtual reality clinical trials in health care by an international working group: iterative study. *JMIR Mental Health*, 6(1), e11973–e11973. <https://doi.org/10.2196/11973>
- Blajeski, S.M., Smith, M.J., Harrington, M.M., Johnson, J.M., Oulvey, E.A., Mueser, K.T., McGurk, S.R. & Razzano, L.A. (2023). Critical elements in the experience of virtual reality job interview training for unemployed individuals with serious mental illness: implications for IPS supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 46(4), 353–359. <https://doi.org/10.1037/prj0000574>
- Carl, E., Stein, A.T., Levihn-Coon, A., Pogue, J.R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., Asmundson, G.J. G., Carlbring, P. & Powers, M.B. (2019). Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 61, 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.08.003>
- Cohen, M., Roe, D., Savir, T. & Baumel, A. (2024). Blended care in psychosis – a systematic review. *Schizophrenia Research*, 267, 381–391. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.03.041>

- Craig, T.K. J., Rus-Calafell, M., Ward, T., Leff, J.P., Huckvale, M., Howarth, E., Emsley, R. & Garety, P.A. (2018). AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: a single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 31–40. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30427-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30427-3)
- Dellazizzo, L., Potvin, S., Luigi, M. & Dumais, A. (2020). Evidence on virtual reality-based therapies for psychiatric disorders: meta-review of meta-analyses. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e20889–e20889. <https://doi.org/10.2196/20889>
- Dilgul, M., Martinez, J., Laxhman, N., Priebe, S. & Bird, V. (2020). Cognitive behavioural therapy in virtual reality treatments across mental health conditions: a systematic review. *Consortium Psychiatricum*, 1(1), 30–46. <https://doi.org/10.17650/2712-7672-2020-1-1-30-46>
- Emmelkamp, P.M. G. & Meyerbröcker, K. (2021). Virtual reality therapy in mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17(1), 495–519. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-115923>
- Freeman, D., Bradley, J., Antley, A., Bourke, E., DeWeever, N., Evans, N., Černis, E., Sheaves, B., Waite, F., Dunn, G., Slater, M. & Clark, D.M. (2016). Virtual reality in the treatment of persecutory delusions: randomised controlled experimental study testing how to reduce delusional conviction. *British Journal of Psychiatry*, 209(1), 62–67. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.176438>
- Freeman, D., Lambe, S., Galal, U., Yu, L.-M., Kabir, T., Petit, A., Rosebrock, L., Dudley, R., Chapman, K., Morrison, A., O'Regan, E., Murphy, E., Aynsworth, C., Jones, J., Powling, R., Grabey, J., Rovira, A., Freeman, J., Clark, D.M. & Waite, F. (2022). Agoraphobic avoidance in patients with psychosis: severity and response to automated VR therapy in a secondary analysis of a randomised controlled clinical trial. *Schizophrenia Research*, 250, 50–59. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.10.008>
- Freeman, D., Lambe, S., Kabir, T., Petit, A., Rosebrock, L., Yu, L.-M., Dudley, R., Chapman, K., Morrison, A., O'Regan, E., Aynsworth, C., Jones, J., Murphy, E., Powling, R., Galal, U., Grabey, J., Rovira, A., Martin, J., Hollis, C., . . . West, J. (2022). Automated virtual reality therapy to treat agoraphobic avoidance and distress in patients with psychosis (gameChange): a multicentre, parallel-group, single-blind, randomised, controlled trial in England with mediation and moderation analyses. *Lancet Psychiatry*, 9(5), 375–388. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00060-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00060-8)
- Freeman, D., Reeve, S., Robinson, A., Ehlers, A., Clark, D., Spanlang, B. & Slater, M. (2017). Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. *Psychological Medicine*, 47(14), 2393–2400. <https://doi.org/10.1017/s003329171700040x>
- Freeman, D., Rosebrock, L., Waite, F., Loe, B.S., Kabir, T., Petit, A., Dudley, R., Chapman, K., Morrison, A., O'Regan, E., Aynsworth, C., Jones, J., Murphy, E., Powling, R., Peel, H., Walker, H., Byrne, R., Freeman, J., Rovira, A., . . . Lambe, S. (2023). Virtual reality (VR) therapy for patients with psychosis: satisfaction and side effects. *Psychological Medicine*, 53(10), 4373–4384. <https://doi.org/10.1017/S0033291722001167>
- Freeman, D., Taylor, K.M., Molodynski, A. & Waite, F. (2019). Treatable clinical intervention targets for patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 211, 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.07.016>
- Freitas, J.R. S., Velosa, V.H. S., Abreu, L.T. N., Jardim, R.L., Santos, J.A. V., Peres, B. & Campos, P.F. (2021). Virtual reality exposure treatment in phobias: a systematic review. *Psychiatric Quarterly*, 92(4), 1685–1710. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09935-6>
- Günther, J.H. (2024). Bekymret for KI-psykologer: – Burde ikke alene tilbys av kommersielle aktører. https://www.nrk.no/ostfold/bekymret-for-bruken-av-ki-psykologer_-_-burde-ikke-alene-tilbys-av-kommersielle-aktorer-1.16813620
- Holopainen, R., Tiihonen, J. & Lähteenvu, M. (2023). Efficacy of immersive extended reality (XR) interventions on different symptom domains of schizophrenia spectrum disorders. A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1208287–1208287. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1208287>
- Kellogg, K.C. & Sadeh-Sharvit, S. (2022). Pragmatic AI-augmentation in mental healthcare: key technologies, potential benefits, and real-world challenges and solutions for frontline clinicians. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 990370–990370. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.990370>
- Kinge, J.M., Dieleman, J.L., Karlstad, Ø., Knudsen, A.K., Klitkou, S.T., Hay, S.I., Vos, T., Murray, C.J. L. & Vollset, S.E. (2023). Disease-specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: a national health registry study. *BMC Medicine*, 21(1), 201–201. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02896-6>
- Kompus, K. (2018). Virtual-reality-assisted therapy in patients with psychosis. *Lancet Psychiatry*, 5(3), 189–191. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30063-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30063-4)
- Lambe, S., Knight, I., Kabir, T., West, J., Patel, R., Lister, R., Rosebrock, L., Rovira, A., Garnish, B., Freeman, J., M. Clark, D., Waite, F. & Freeman, D. (2020). Developing an automated VR cognitive treatment for psychosis: gameChange VR therapy. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 30(1), 33–40. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2019.12.001>
- Lan, L., Sikov, J., Lejeune, J., Ji, C., Brown, H., Bullock, K. & Spencer, A.E. (2023). A systematic review of using virtual and augmented reality for the diagnosis and treatment of psychotic disorders. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 10(2), 87–107. <https://doi.org/10.1007/s40501-023-00287-5>
- Lindner, P., Miloff, A., Zetterlund, E., Reuterskiöld, L., Andersson, G. & Carlbring, P. (2019). Attitudes toward and familiarity with virtual reality therapy among practicing cognitive behavior therapists: a cross-sectional survey study in the era of consumer VR platforms. *Frontiers in Psychology*, 10, 176–176. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00176>

- Martens, M.A. G., Antley, A., Freeman, D., Slater, M., Harrison, P.J. & Tunbridge, E.M. (2019). It feels real: physiological responses to a stressful virtual reality environment and its impact on working memory. *Journal of Psychopharmacology*, 33(10), 1264–1273. <https://doi.org/10.1177/0269881119860156>
- Martinez-Martin, N. (2021). Minding the AI: ethical challenges and practice for AI mental health care tools. I F. Jotterand & M. Ienca (Red.), *Artificial Intelligence in Brain and Mental Health: Philosophical, Ethical & Policy Issues* (s. 111–125). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-74188-4_8
- Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Moritz, S., Voigt, M., Köther, U., Leighton, L., Kjahili, B., Babur, Z., Jungclaussen, D., Veckenstedt, R. & Grzella, K. (2014). Can virtual reality reduce reality distortion? Impact of performance feedback on symptom change in schizophrenia patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(2), 267–271. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.11.005>
- North, M.M. & North, S. (1994). Virtual environment and psychological disorders. *Electronic Journal of Virtual Culture*, 2(4), 37–42.
- Oprış, D., Pinteau, S., Garcia-Palacios, A., Botella, C., Szamoskózi, S. & David, D. (2012). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a quantitative meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 29(2), 85–93. <https://doi.org/10.1002/da.20910>
- Ose, S.O., Færevik, H., Kaasbøll, J., Lindgren, M., Thaulow, K., Antonsen, S. & Burkeland, O. (2019). Exploring the potential for use of virtual reality technology in the treatment of severe mental illness among adults in mid-Norway: collaborative research between clinicians and researchers. *JMIR Formative Research*, 3(2), e13633. <https://doi.org/10.2196/13633>
- Park, K.-M., Ku, J., Choi, S.-H., Jang, H.-J., Park, J.-Y., Kim, S.I. & Kim, J.-J. (2011). A virtual reality application in role-plays of social skills training for schizophrenia: a randomized, controlled trial. *Psychiatry Research*, 189(2), 166–172. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.04.003>
- Pot-Kolder, R.M. C.A., Geraets, C.N. W., Veling, W., van Beilen, M., Staring, A.B. P., Gijsman, H.J., Delespaul, P.A. E.G. & van der Gaag, M. (2018). Virtual-reality-based cognitive behavioural therapy versus waiting list control for paranoid ideation and social avoidance in patients with psychotic disorders: a single-blind randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 5(3), 217–226. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30053-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30053-1)
- Rizzo, A.S. & Koenig, S.T. (2017). Is clinical virtual reality ready for primetime? *Neuropsychology*, 31(8), 877–899. <https://doi.org/10.1037/neu0000405>
- Rund, B.R. (2023). Schizofreni koster mest, og det bør få konsekvenser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2023/06/schizofreni-koster-mest-og-det-bor-fa-konsekvenser>
- Rus-Calafell, M., Garety, P., Sason, E., Craig, T.J. K. & Valmaggia, L.R. (2018). Virtual reality in the assessment and treatment of psychosis: a systematic review of its utility, acceptability and effectiveness. *Psychological Medicine*, 48(3), 362–391. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001945>
- Schroeder, A.H., Bogie, B.J. M., Rahman, T.T., Théron, A., Matheson, H. & Guimond, S. (2022). Feasibility and efficacy of virtual reality interventions to improve psychosocial functioning in psychosis: systematic review. *JMIR Mental Health*, 9(2), e28502–e28502. <https://doi.org/10.2196/28502>
- Seierstad, A., Røssberg, J.I., Freeman, D., Lambe, S., Gjerstad, C.L., Schjøtt-Pedersen, O., Bull, H., Gardsjord, E.S., Berentzen, L.-C. & Lystad, J.U. (2024). Feasibility trial of the virtual reality application gameChange in a Norwegian psychosis sample [Manuscript in preparation].
- Smith, L.C., Mateos, A.C., Due, A.S., Bergström, J., Nordentoft, M., Clemmensen, L. & Glenthøj, L.B. (2024). Immersive virtual reality in the treatment of auditory hallucinations: a PRISMA scoping review. *Psychiatry Res*, 334, 115834. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115834>
- Stige, S., Fjellheim, G., Elgen, I. & Visted, E. (2023). Krevjande situasjoner i psykisk helsevern for barn og unge – behandlarar si erfaring med og haldning til målretta trening og virtuell røyndom. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(1), 8–15. <https://doi.org/10.52734/on55924C>
- Sutherland, I.E. (1965). The ultimate display. *Proceedings of International Federation for Information Processing*, 65, 506–508.
- Tandon, R., Nasrallah, H.A. & Keshavan, M.S. (2009). Schizophrenia, «just the facts» 4. clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, 110(1), 1–23. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.03.005>
- van Loenen, I., Scholten, W., Muntingh, A., Smit, J. & Batelaan, N. (2022). The effectiveness of virtual reality exposure-based cognitive behavioral therapy for severe anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and posttraumatic stress disorder: meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 24(2), e26736–e26736. <https://doi.org/10.2196/26736>
- Wechsler, T.F., Kümpers, F. & Mühlberger, A. (2019). Inferiority or even superiority of virtual reality exposure therapy in phobias? – a systematic review and quantitative meta-analysis on randomized controlled trials specifically comparing the efficacy of virtual reality exposure to gold standard in vivo exposure in agoraphobia, specific phobia, and social phobia. *Frontiers in Psychology*, 10, 1758–1758. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01758>
- World Health Organization. (2022). *Seventy-second Regional Committee for Europe: Tel Aviv, 12–14 September 2022: resolution: leveraging digital transformation for better health in Europe: regional digital health action plan for the WHO European Region 2023–2030*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/362959>

Mental anstrengelse og beslutningstaking

Den tidligere antagelsen om at feil i beslutningstaking skyldes mangel på mental anstrengelse, stemmer ikke.

Feil kan faktisk oppstå ved både høy og lav kognitiv anstrengelse, avhengig av oppgavens natur.

Det konkluderer Martin Jensen Mækælæ, tidligere forskerlinjestudent og psykolog, i sin doktorgradsavhandling. Han har undersøkt hvordan mental anstrengelse påvirker beslutningstaking og oppgaveløsning.

En innflytelsesrik modell for å forstå hvordan kognitiv anstrengelse spiller inn på beslutninger, hevder at mangel på kognitiv anstrengelse er en betydelig kilde til feil i resonnering og beslutningstaking. Nyere forskning tyder på at denne modellen ikke alltid holder, noe som har ført til utviklingen av nye rammeverk.

Ulike modeller og rammeverk kan testes ved å måle pupillstørrelse under gjennomføring av resonnerings- og beslutningstakingsoppgaver. Mækælæ brukte nettopp pupillstørrelse og i tillegg signalstoffet noradrenalin som indikatorer på henholdsvis mental anstrengelse og aktivitet. Han fant at både lav og høy kognitiv anstrengelse kunne føre til feil i oppgaveutførelse.

Videre, til tross for at mental anstrengelse er et velkjent fenomen som kan påvirke våre daglige beslutninger, har forskere slitt med å måle og definere konseptet. Dette har ført til at ulike fagfelt har utviklet forskjellige metoder for å måle mental anstrengelse, men det er uklart i hvilken grad disse måleverktøyene stemmer overens med hverandre. Derfor ønsket Mækælæ også å evaluere verktøyene som måler kognitiv anstrengelse.

Resultatene understreker at forskere bør nøye vurdere hvilke verktøy de benytter for å måle kognitiv anstrengelse, da verktøyene kan variere i både pålitelighet og validitet, samt måle forskjellige aspekter ved kognitiv anstrengelse.

Kilde: UiT

FOTO: UiT



**MARTIN JENSEN
MÆKELÆ**

The role of cognitive effort in decision-making and reasoning errors

DISPUTAS 24.05.24,
UiT Norges arktiske universitet

Barns opplevelse av vold i hjemmet

Barn som opplever vold i nære relasjoner, kan aldri betraktes som passive vitner.

Dette understrekes i forskningen til Ann-Kristin Johansen ved Psykologisk institutt, NTNU.

Doktorgradsavhandlingen tar utgangspunkt i manglende kunnskap om barns egne opplevelser av vold i nære relasjoner, og hvordan disse barna blir møtt av helsevesenet.

Barn i slike situasjoner er aktive aktører som har egne erfaringer og opplevelser med vold. De påvirkes av volden de ser og hører, og noen ganger blir de direkte involvert. De påvirkes også indirekte av volden de verken har sett eller hørt, men bare sett konsekvensene av.

Spesifikt undersøkte Johansen barns egne erfaringer og fortellinger om gjentakende og livstruende vold fra stefar mot mor og seg selv. Med det gir avhandlingen en stemme til en gruppe barn som har vært vanskelig å nå, og som ikke har blitt inkludert i tidligere forskning; stebarn som har deltatt i tilrettelagte avhør på Statens Barnehus.

Avhandlingen viser at barn som lever med livstruende vold og en stefar som utøver makt, utvikler ulike strategier for å beskytte seg selv og sin egen integritet, eller for å beskytte mor i stedet for seg selv.

Johansen undersøkte også hvordan profesjonelle hjelpere, ansatte i barnevern og familievern, tenker om og gjør i saker som involverer vold i nære relasjoner. Her avdekket hun at det er stor forskjell på hvordan hjelperne artikulerte sine idealer, og hvordan de i praksis handlet i slike saker. Hjelperne møter en rekke etiske og praktiske dilemma i sitt arbeid.

Kilde: NTNU

FOTO: FREDRIKSTAD BLAD / HØGSKOLEN I ØSTFOLD



ANN-KRISTIN JOHANSEN

Barn som opplever vold i nære relasjoner – Profesjonelle hjelperes diskursive praksiser – Barns narrativer fra tilrettelagte avhør

DISPUTAS 27.06.24, NTNU

Testet veiledning med video for nye mødre

Foreldreveiledning med video har blitt brukt i tiår for å bedre samspillet mellom foreldre og barn. Kjersti Sandnes testet effekten på mors forestillinger om spedbarnet.

TEKST Matt Oxman



DISPUTANT

Kjersti Sandnes

INSTITUSJON

Institutt for psykisk helse, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

AVHANDLING

Mothers' internal representations of their infants: An effect study in primary care.

DISPUTERTE

12.04.24

DU DISPUTERTE NYLIG. *Hva har du forsket på, og hvorfor?*

– Jeg og kollegaene mine forsket på mødres forestillinger, eller representasjoner, av spedbarnet sitt. Tidligere forskning har vist at slike representasjoner henger sammen med kvaliteten på mor–barn-relasjonen, men vi vet lite om hva som skal til for å endre svært negative forestillinger. Vi ville blant annet finne ut om en veiledning der mødre får se video av seg selv med spedbarnet sitt i hverdagssituasjoner, hadde en effekt på deres forestillinger om barnet sitt, for eksempel hvor vanskelig de opplever at barnet er. I tillegg undersøkte vi om endringer i slike forestillinger hang sammen med endring i kvaliteten på mor–barn-samspillet.

Hvordan forsket dere på dette?

– Vi brukte data fra en randomisert studie gjennomført i Norge. Deltakerne var 152 mødre med deres spedbarn. En gruppe fikk vanlig oppfølging på helsestasjon, mens den andre i tillegg fikk veiledning med video. Mødrenes representasjoner av barnet ble målt med et klinisk intervju, og kvaliteten på samspillet ble observert og kodet.

Hva viste forskningen, og hva var begrensninger ved den?

– Vi fant ingen effekt av den langt mer tidskrevende veiledningen med video, sammenliknet

med kun vanlig oppfølging ved helsestasjonen. Mødre i begge grupper fikk mindre negative forestillinger i løpet av undersøkelsesperioden, som i gjennomsnitt var på 11 måneder. For eksempel fikk de mindre irrasjonell frykt for barnets sikkerhet. En viktig begrensning var at studiens «treatment as usual» var vanlig oppfølging på helsestasjonen. Altså fikk begge gruppene dette – så å si alle familier i Norge gjør det. Derfor kunne vi ikke si noe om hvilken effekt den vanlige oppfølgingen i seg selv hadde, ei heller hva ved oppfølgingen som fungerte.

Hvis du fikk frie tøyler, hvordan ville du forsket videre?

– Jeg ville for eksempel forsket på fedres forestillinger om barnet sitt. Jeg kunne også tenke meg å undersøke om samme tiltak kan ha forskjellig effekt avhengig av foreldrenes egne omsorgserfaringer. Det er viktig å effektivt utnytte helsestasjonene, som er en så unik arena for å forebygge negativ utvikling hos barnet.

Hvordan var det å være stipendiat?

– Jeg tok doktorgrad i halve jobben min ved Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, psykisk helse og barnevern (RKBU) ved NTNU. Å ha andre arbeidsoppgaver ved siden av forskningen har vært bra for å få variasjon, men også krevende. Mine veiledere har vært veldig støttende og inspirerende. Jeg har ofret fritid og ferier, men har alt i alt hatt stor glede av å kunne fordype meg i et tema som jeg opplever er så viktig.

Har du noen tips til nye stipendiater og kommende disputerter?

– Del erfaringer med andre stipendiater, støtt hverandre, og øv på formidling av forskningen din i ulike kanaler. ✖

Verdt å vite

«Treatment as usual» er behandlingen som en brukergruppe vanligvis får. Kontrollgruppen får ofte vanlig behandling når forskere prøver å finne effekten av et alternativt tiltak. Dette kan ha ulemper, som i studien til Sandnes.

ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2024 VOL. 61 NR. 9 S. 589-597 DOI: <https://doi.org/10.52734/GZAB6740>

En analyse av sakkyndigvurderinger i foreldretvister

Eir Torvik¹ & Agnes Andenæs²

Sammendrag

Formål: Sakkyndigvurderinger i foreldretvister skal hjelpe retten til å fatte beslutninger som er «til barnets beste». Vårt mål var å utforske hvilke forståelser av foreldreskap, omsorg og barns utvikling som blir brukt i slike vurderinger.

Metode: Artikkelen er basert på en kvalitativ analyse av 20 sakkyndigvurderinger fra Oslo tingrett. Analysespørsmål, for eksempel hvordan hver av foreldrenes bidrag til omsorgen ble beskrevet og vurdert, ble stilt til hver vurdering. Svarene ble sammenfattet på tvers av sakene.

Resultater: Følelsesmessige sider ved foreldre-barn-relasjonen, løsevevne enkeltepisoder og statistiske risikofaktorer dominerte beskrivelsene av foreldreomsorgen. Barnas dagligliv og foreldrenes omsorgspraksiser døgnet rundt og over tid fikk lite oppmerksomhet. Videre var vurderingene preget av høyere implisitte standarder for mødrenes enn fedrenes foreldreskap. Dette gjorde det vanskelig å danne seg et dekkende bilde av barnas livssituasjon, og bidro til at vold kunne framstå som en mindre betydningsfull side ved foreldreskapet.

Implikasjoner: Ettersom omsorg og utvikling er forankret i hverdagslivet, må barnets dagligliv, og foreldrenes tilrettelegging av dette, få mer oppmerksomhet. Videre må forekomst av vold i familien integreres i vurderingen av helheten i barnets omsorgssituasjon.

Nøkkelord: foreldretvist, sakkyndigvurdering, foreldreskap, utviklingspsykologi, kjønn

¹Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus
²Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KONTAKT

eir.torvik@gmail.com

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter. Manuskriptet bygger på Torviks hovedoppgave fra 2019.

FAGFELLEVDERT

I Norge er det rundt 13 000 foreldrepar som skiller lag årlig (Statistisk sentralbyrå, 2023). De fleste lager avtaler om foreldreansvar, fast bosted og samvær uten rettens hjelp. Men i omtrent hver femte familie er uenighetene så store at saken ender i retten som en foreldretvist, tidligere kalt barnefordelingssak (Domstolsadministrasjonen, 2022). Ifølge en kartlegging av domstolenes arbeid med foreldretvister (Oxford Research, 2016) kommer foreldrene fram til en avtale i 70 til 80 % av disse sakene. En sakkyndig bistår da ofte i en mekler- og/eller veilederrolle (Bernt, 2014). Hvis partene heller ikke da greier å bli enige, eller retten er så bekymret for barnas omsorgssituasjon at saken vurderes som uegnet for mekling, blir foreldretvisten behandlet med full rettssak (hovedforhandling).

Foreldretvister skal avgjøres etter prinsippet om «barnets beste». Lovforarbeider og rettspraksis legger noen føringer, men først og fremst er det en skjønnsmessig vurdering av hva som er best for det berørte barnet, her og nå og i framtida (Prop. 85 L (2012–2013)). For å få et bedre grunnlag for denne vurderingen oppnevner retten som regel en sakkyndig som skal utrede barnets livssituasjon. Ordningen er basert på en antakelse om at psykologisk kunnskap vil bidra til bedre beslutninger. Et stort flertall av barnefaglig sakkyndige er psykologer. Det er dommeren som bestemmer, men sakkyndigvurderingen spiller ofte en svært sentral rolle (Koch, 2000; Martinsen, 2013; Oxford Research, 2016).

Sakkyndige i foreldretvister er aktører i et felt som er omstridt, både politisk og faglig. Barneloven, som regulerer forhold mellom barn og foreldre, har stadig blitt revidert. Revisjonene har dels vært motivert av et kulturelt ideal om likestilt foreldreskap og dels av bekymring for at rettsprosessene ikke nødvendigvis bidrar til å beskytte barna mot vold og andre bekymringsfulle omsorgsforhold (NOU 2020:14; Prop. 85 L (2012–2013)). Videre er sakkyndigvurderinger et nedslagsfelt for ulike kunnskapssyn og utviklingspsykologiske forståelser (Backe-Hansen & Øvreide, 1999). Nettopp dette ville vi undersøke i vår studie: Hvilke forståelser av omsorg, foreldreskap og utviklingsbetingelser er det sakkyndige i foreldretvister trekker veksler på? I en stor andel av foreldretvistene er det kontakt med barnevernet og påstander om vold, seksuelle overgrep, annen kriminalitet, rus og/eller psykiske lidelser (Oxford Research, 2016). Dette gjelder særlig sakene som går til hovedforhandling (Koch, 2000; Prop. 85 L (2012–2013); Skjørten, 2016). Vi utforsket derfor også hvilken plass volden fikk i utredningene.

Teoretisk og empirisk rammeverk

Hva som oppfattes som «barnets beste», vil være preget av tid og sted. Vi har derfor lagt til grunn en kulturpsykologisk tilnærming, som er sensitiv for slik variasjon. Her er premisset at mennesker utvikler seg gjennom å delta i sosiokulturelle aktiviteter, der både type deltakelse og kulturelle praksiser er i stadig endring (Bruner, 1990; Rogoff, 2003). Det betyr at foreldreskapet må beskrives og vurderes både ut fra hvordan barnets liv er tilrettelagt for at det skal være bra nok her og nå, og hvordan dagliglivet peker framover. Altså, hvordan foreldrenes praksiser setter barnet i stand til gradvis å ta vare på seg selv og andre i det samfunnet de lever i. Dermed blir innholdet i dagliglivet en sentral kunnskapskilde når en skal beskrive og vurdere foreldreskap og utviklingsbetingelser.

Detaljerte studier av hverdagslivet i barnefamilier (for eksempel Andenæs & Sundnes, 2019; Kousholt, 2011) viser at barneomsorg er et døgkontinuerlig arbeid. Forutsigbare og tilpassete rutiner spiller en sentral rolle for å få hverdagen til å gå rundt, og barna innlemmes gradvis i et stadig større fellesskap. I Norge tilbringer både små og store barn mange timer hver dag utenfor hjemmet. Foreldrene har likevel ansvaret for helheten i barnas liv. En viktig side ved foreldrepoppaven er dermed å følge opp barna også når de blir ivaretatt av andre, og å hjelpe barna med å knytte forbindelser mellom ulike arenaer. Der foreldrene bor hver for seg, er barna avhengige av at foreldrene legger til rette for at de også kan bringe med seg erfaringene sine mellom hjemmene.

Barne- og familieforskningen viser at barneomsorg er preget av hvordan kjønn forstås og gjøres. På 40- og 50-tallet var det en kulturell selvfølge at mor var ansvarlig for omsorgsarbeidet, mens far sørget for familiens økonomi gjennom lønnsarbeid. Fra 70-tallet og utover har vi sett en økt deltakelse i lønnsarbeid for mødre, og økt deltakelse i hjemmet for fedre. Dette fremkommer for eksempel i tidsbruksundersøkelsene som Statistisk Sentralbyrå har gjennomført omtrent hvert tiende år siden 1980 (Egge-Hoveid & Sandnes, 2013). Men det er fremdeles betydelige kjønnete skjevheter i fordelingen av omsorgs- og lønnsarbeid, og det er ofte mødrene som planlegger og administrerer familielivet (Smeby, 2017).

Psykologi som fag og profesjon har ikke vært en pådriver for å styrke fellesansvaret mellom mødre og fedre. Psykologien har først og fremst *gjenspeilet* samtidens forståelse av passende arbeidsdeling mellom ham og henne (Haavind, 2006). Det var nettopp samtidens forståelse antropologen Marianne Gullestad refererte til da hun i 2002 hevdet at likestilling mellom kjønnene

Tabell 1

Påstander om vold og seksuelle overgrep i de 20 sakene

Far: <i>n</i> = 18 saker	Utøver av vold/overgrep	
	Mor: <i>n</i> = 10 saker	
	Vold/overgrep utført mot	
12 saker: vold/seksuelle overgrep mot mor	4 saker: vold mot far (selvforsvar i 2 saker)	
3 saker: vold mot mor og barn	2 saker: vold mot far og barn	
3 saker: vold mot barn	4 saker: vold mot barn	
2 saker: seksuelle overgrep (so) mot barn		
2 saker: bortføring av mor og barn		
	Anmeldelse / rettslige steg	
14 saker: fars vold/so er politianmeldt	Volden er ikke politianmeldt	
4 ^b saker: far er dømt for vold/so		
10 ^b saker: far er ilagt besøksforbud		
2 ^b saker: far er idømt kontaktforbud		
	Dokumentasjon av påstander om vold / overgrep fra flere kilder	
14 ^a saker	1 sak	

Note. ^aBlant de 18 sakene der far er angitt som voldsutøver. ^bBlant de 14 som er anmeldt.

var blitt et kjernesymbol for det moderne Norge. Likestilling ble framhevet som en kontrast til slik Norge var i gamledager, og til en del andre kulturer som fremdeles holder fast ved de tradisjonelle kjønnsrollene (Gullestad, 2002). Gullestads forståelse er verdt å trekke fram også i dag, når det tas for gitt at kvinnelige og mannlige foreldre bidrar like mye i omsorgen for felles barn.

Metode

Utvalg

For å utforske hvilke forståelser sakkyndige trekker veksler på, tok vi for oss et tilfeldig utvalg skriftlige vurderinger i foreldretvister, der sakkyndig hadde utredet saken i forkant av hovedforhandling. Vi fikk tilgang til 20 anonymiserte vurderinger fra Oslo tingrett. Vi ba først om ti vurderinger der barna var over sju år. Da prosjektet fikk støtte fra Norges forskningsråd, ba vi om ytterligere ti vurderinger der barna var under sju år. Tingretten plukket ut de ferskeste vurderingene som møtte utvalgsriteriene.

I de 20 sakkyndigvurderingene var partene i samtlige saker en biologisk far og mor, og tvistene omhandlet 33 barn mellom ti måneder og 14 år. Av de 40 foreldrene var 23 innvandrere. I 18 av sakene hadde barna fast bosted hos mor, og i to saker hos far. Elleve saker omhandlet både fast bosted og samvær, ni saker omhandlet kun fars samvær. I halvparten av sakene var det uenighet om foreldreansvaret.

Sakkyndigvurderingene inneholdt mange påstander om vold og andre bekymringsfulle omsorgsfor-

hold. Det var påstand om fysisk, psykisk og/eller seksuell vold fra far i 18 av de 20 sakene (se tabell 1).

I 14 av 18 saker var fars vold anmeldt og dokumentert fra flere hold, som barnevern, helsevesen og kriesenter (tabell 1). I halvparten av disse 14 sakene var fedrene anmeldt, siktet eller dømt også for andre kriminelle forhold, som vold og trusler mot personer utenfor familien, nasking, bedrageri og narkotikaomsetning. I fem av sakene var det påstand om at far hadde et rusproblem.

I ti av de 20 sakene var det påstand om vold fra mor (tabell 1). Det dreide seg i hovedsak om mindre alvorlige forhold, dels om selvforsvar. I kun én av disse 10 sakene var påstandene om vold fra mor dokumentert fra flere hold (tabell 1). Dette var også den eneste saken der det ble påstått at mor hadde et rusproblem.

Barnevernet var, eller hadde vært, involvert i 19 av de 20 sakene. I 14 av disse var det iverksatt tiltak, i ti av dem begrunnet med bekymring for fars vold. I de resterende sakene var tiltakene knyttet til bekymring for vold eller omsorgssvikt fra mors side, eller å dempe en ikke-voldelig konflikt mellom foreldrene.

De 20 sakene som sakkyndigvurderingene i vårt utvalg dreide seg om, har kjennetegn som går igjen i undersøkelser av foreldretvister. Ifølge en gjennomgang av samtlige 84 foreldretvister der det ble avsagt dom i Oslo tingrett i 2012, var det påstander om vold, seksuelle overgrep, rus og/eller psykiske lidelser i nesten 50 % av sakene (Prop. 85 L (2012–2013)). I en tilsvarende undersøkelse fra Oslo tingrett i 1998–1999 hadde én eller begge foreldre hatt kontakt med bar-

nevern, politi og/eller psykisk helsevern over tid i hele 70 % av sakene (Koch, 2000). De kriminelle forholdene dreide seg ofte om fars vold i familien. Landsdekkende undersøkelser av lagmannsrettspraksis (for eksempel Skjørten, 2016) og spørreundersøkelser blant aktører i domstolene (Oxford Research, 2016) viser at det er påstander om vold og bekymringsfulle omsorgsforhold i en stor andel av foreldretvistene.

I de nevnte undersøkelsene fra Oslo tingrett var om lag 50 % av foreldrene innvandrere (Koch, 2000; Prop. 85 L (2012–2013)). I vårt utvalg gjelder det nesten 60 %. Innvandrere utgjør om lag 25 % av Oslos befolkning, så det er en tydelig overrepresentasjon i foreldretvistene. Vi trenger mer kunnskap om hvorfor så mange av disse familiene ender i retten, og hvordan det eventuelt påvirker de sakkyndiges forståelser. Tema for dette prosjektet er imidlertid ikke familiene i seg selv, men forståelsene som blir tatt i bruk i sakkyndigvurderingene.

Analyse

I utforskningen av de faglige forståelsene har vi basert oss på en fortolkende tilnærming (Haavind, 2000; Magnusson & Marecek, 2015). Vi ser på den kvalitative analysen som en spørsmålsdrevet prosess. Dermed får analyse spørsmålene, det knippede spørsmål som forskerne stiller til det empiriske materialet (Andenæs & Sundnes, 2019), en sentral plass. Analyse spørsmålene ble utformet på grunnlag av prosjektets forskningsspørsmål og teoretiske rammeverk, og videre utviklet gjennom møtene med empirien. Vi endte opp med følgende:

1. Hvordan blir helheten i foreldrenes omsorg forstått, og hvordan blir hans og hennes bidrag til helheten omtalt og vurdert?
2. Hva slags forbindelser trekker sakkyndig mellom foreldrenes omsorgspraksiser og barnas utviklingsbetingelser?
3. Hvordan omsettes kunnskap om barn som gruppe til kunnskap om det spesifikke barnet i hver enkelt sak?
4. Hvordan blir volden gjort relevant for barnas utviklingsbetingelser, og hvilken vekt tillegges volden i vurderingen av hans og hennes foreldreskap?

Vi stilte disse spørsmålene til hver enkelt sakkyndigvurdering og lagde sammendrag av svarene. Neste steg var å analysere fellestrekk og variasjon på tvers av materialet (Haavind, 2000), og bruke dette til å utarbeide svar på prosjektets forskningsspørsmål.

I resultatpresentasjonen vil vi først gi en kort framstilling av vurderingenes mandat og oppbygning. Der-

etter vil vi presentere og diskutere de viktigste resultatene av analysearbeidet. I tråd med anbefalinger fra American Psychological Associations (APA) arbeidsgruppe for kvalitativ forskning (Levitt et al., 2018) presenterer vi resultater og diskusjon samlet. Både resultater og drøftinger er preget av forskernes tolkninger, og utfordringen er derfor å skrive på en måte som er eksplisitt på det teoretiske rammeverket som er brukt.

Resultater og diskusjon

Sakkyndigvurderingene begynner med å referere mandatet. De sakkyndige bes blant annet om å vurdere barnets utvikling og omsorgsbehov, følelsesmessige tilknytning, foreldrenes omsorgs-/samværsevne, hvilke konsekvenser ulike ordninger kan få for barnet, og eventuelle risikomomenter. I to saker blir sakkyndig også bedt om å vurdere hvorvidt barnas synspunkter i saken er påvirket av mor.

De fleste sakkyndigvurderingene inneholder en sammenfatning av informasjon fra saksdokumenter. Deretter følger referater fra samtaler med foreldrene, fra samværsobservasjoner og fra barnesamtale der dette er gjennomført. I 11 av sakene har sakkyndig kun observert barna sammen med mor fordi far har besøks- eller kontaktforbud, eller fordi mor og barn har motsatt seg samvær grunnet fars vold. Sakkyndigvurderingene avsluttes med en sammenfattende vurdering.

Magre beskrivelser av barnas dagligliv

Sakkyndigvurderingene gir magre beskrivelser av barnas liv fra morgen til kveld og av tilretteleggingen som ligger bak. Uttak av foreldrepermisjon, ulikheter i formell arbeidstid og fordeling av omsorgsarbeid er enten omtalt helt kort eller ikke nevnt. Dette gjør det vanskelig å danne seg et bilde av barnets liv og av hvordan foreldrene har fulgt opp, særlig over tid. Det kommer likevel fram at mødrene har hatt hovedansvaret i neste alle familiene. Men det at fedrene har vært fraværende eller bidratt lite, har ikke blitt tillagt særlig vekt. Et eksempel er en sak der alle barna har en kronisk sykdom. Mor har vært hjemmeværende, mens far har jobbet mye utenfor hjemmet. Mor sier at barnas sykdom har medført særlige omsorgsutfordringer, og at far har bidratt minimalt. Hun forteller at far aldri har tatt ut sykedager eller stått opp med barna i helgene, og at hun har kommet hjem til sultne barn når de har vært alene med far. Det framkommer ikke at sakkyndig har undersøkt disse påstandene. Sykdommen er heller ikke nevnt i den avsluttende vurderingen av barnas behov og foreldrenes omsorgsevne.

Mange av de sakkyndige vurderer foreldrenes omsorgspraksis på tre eller fire atskilte underområder

kalt «materieell», «kognitiv», «emosjonell» og «sosial» omsorg. Rammeverket ser ut til å bygge på et forslag til hvordan en kan vurdere samvæsevne (Koch & Walstad, 2005), men brukes også til å vurdere hvilken evne en forelder har som hovedomsorgsperson. Denne tilnærmingen kan synes bred og detaljert, men innebærer en risiko for at barnets omsorgssituasjon vurderes som et sett med isolerte «skuffer». Et problem som kategoriseres i ett underområde, får ikke nødvendigvis noe å si for vurderingen av de andre underområdene, eller av barnets helhetlige omsorgssituasjon. Det viser seg for eksempel i en sak hvor det er påstand om at far gjentatte ganger har utøvd fysisk vold mot mor. Også mens barna har vært til stede og forsøkt å stoppe ham. Sakkyndig vurderer, gitt at påstandene er sanne, at det er mangler ved fars *sosiale* omsorgskompetanse. Volden trekkes ikke inn i vurderingen av de øvrige underområdene.

Sakkyndigvurderingene vektlegger emosjonelle sider ved omsorgen. Følelsesmessige forhold omtales ofte i tilknytningstermer, men uten den stringensen dette perspektivet legger opp til (Zachrisson, 2010). For eksempel vurderer tre sakkyndige at barna ikke har noen tilknytning til sin far. Det til tross for at de aktuelle fedrene har bodd sammen med barna i flere år før samlivsbruddet, og en av dem har passet barna alene på dagtid. Alle disse fedrene er anklaget for vold. Men framfor å trekke fram deres omsorgspraksiser, inkludert eventuell voldsutøvelse, bruker de sakkyndige «manglende tilknytning» for å begrunne hvorfor det bør være begrensninger i samvær mellom fedrene og barna.

I psykologfaglig forstand er tilknytning en grunnleggende motivasjon for å sikre en opplevelse av trygghet, og de aller fleste barn vil knytte seg til sine omsorgsgivere. Men tilknytningsmønsteret varierer, ettersom barn utvikler ulike strategier for å få beskyttelse fra omsorgsgiver under stress (Brandtzæg et al., 2019). Det springende punktet er hvordan barnet bruker hver enkelt omsorgsgiver i stressende situasjoner. Men vurderingene av tilknytning som de sakkyndige foretar, er ofte lite empirinære, med få beskrivelser av observert atferd.

Det kan framstå som om vurderingene bygger på sakkyndiges inntrykk av hvordan barnet har det, og hvem av foreldrene som er best skikket i det store og hele. Det er som om tilknytning representerer «sluttproduktet» av foreldrenes omsorgsinnsats, og en slags fasit som kan gi svar på mange spørsmål, inkludert hvordan foreldretvisten kan løses. Samtidig får viktige forutsetninger for tilknytningsutviklingen, som det konkrete innholdet i foreldrenes omsorg, lite oppmerksomhet. En slik bruk av tilknytningsbegrepet

tåkelegger forbindelsene mellom hva foreldrene faktisk gjør, og konsekvensene dette får for barnet.

Mange av de sakkyndige ser ut til å legge til grunn en statistisk modell, basert på korrelasjoner mellom risikofaktorer og barns utvikling på gruppenivå (Otto et al., 2017). Risikofaktorer som ofte trekkes fram, er foreldrekonflikter og psykiske helseproblemer, det siste spesielt hos mødrene. Også her er problemet at det ikke beskrives hvordan dette arter seg i det enkelte barnets dagligliv. «Foreldrekonflikter» blir ofte omtalt i generelle vendinger, som om det var snakk om et ensartet fenomen. Men et høyt konfliktnivå etter samlivsbrudd kan skyldes ulike forhold og er ofte knyttet til bekymring for den andres omsorgspraksis (Gulbrandsen, 2013; Jevne & Andenæs, 2015). I flere av vurderingene blir slike bekymringer tilskrevet det høye konfliktnivået, uten at sakkyndig utforsker innholdet i bekymringene. Og i mange av sakene med dokumenterte påstander fars vold mot mor, skriver sakkyndig at barnas omsorgssituasjon er preget av «konflikter», «negative ting som skjer mellom voksne», «gjentatt opphissete krangler» og liknende. Denne begrepsbruket nøytraliserer og forskjøvner virkelighetsopplevelsen og usynliggjør asymmetriske maktforhold. Selv om de sakkyndige trekker inn flere statistiske risikofaktorer, gir det altså ikke nødvendigvis et godt bilde av omsorgssituasjonen.

Kjønnete standarder for foreldreskapet

En følge av manglende beskrivelser av barnas dagligliv er at omsorgsarbeidet tillegges liten betydning når foreldrene vurderes. Siden det var mødrene som hadde hatt hovedansvaret i nesten alle familiene, blir særlig mødrenes merinnsats usynliggjort. Dette er et eksempel på at tilsynelatende kjønnsnøytrale forståelser av omsorg og utvikling får kjønnete konsekvenser (Andenæs, 2005). Ved å gå grundig inn i vurderingene av hvert par kommer det fram at hans og hennes foreldreskap også så ut til å bli vurdert ut fra ulike standarder. Mangler i mødrenes foreldreskap koples ofte til varige egenskaper. Disse forklares med forhold i mors oppvekst, personlighet eller psykiske lidelser, iblant som følge av fars vold. Mangler i fedrenes omsorg blir i mindre grad knyttet til fars personlige egenskaper. Det er for eksempel bare fire eksempler på at sakkyndig knytter fars vold til hans personlighet, holdninger eller psykiske helse. Fars vold forklares i stedet som betinget av relasjonen til mor (se også Skjørten, 2016), eller den blir ikke forklart.

For det andre framstår det som at de sakkyndige tar påstander om mangler i mødres omsorg mer alvorlig enn påstander om mangler i fedres omsorg. I tre saker der begge parter er bekymret for at den andre involvere-

rer barnet i konflikten, vurderer sakkyndig at mødrene håndterer konflikten på en måte som er uheldig for barna. De sakkyndige ser ut til å legge fedrenes forklaring til grunn, og ingen av fedrene bebreides. Et annet eksempel er en sak der far ikke har betalt barnebidrag, og har levert barnet på skolen uten nødvendig utstyr. Det sistnevnte skal ha utløst raserianfall hos barnet. Forholdene er ikke bestridt, men sakkyndig synes ikke å vektlegge disse manglene når foreldrene vurderes.

De sakkyndige framhever ofte når fedrene har stilt opp eller uttrykker interesse for barna, men tar lettere på negative kvaliteter. For eksempel blir fedrenes kriminalitet og rusproblemer, også dette statistiske risikofaktorer (Ottosen et al., 2017), som regel bare nevnt kort, og nesten aldri trukket fram i den oppsummerende vurderingen. Mødrenes foreldreskap blir nøyere gransket. Sakkyndig i en foreldretvist der far er dømt for vold mot mor og barn, skriver for eksempel: «Ideelt sett hadde barnet en pappa som mentaliserte mor og støttet opp om hennes omsorgsfunksjoner.» Vurderingen synes å være basert på en forståelse av at mor har ansvar for helhet og kontinuitet, mens far har en slags støttefunksjon som kan tillates å være mer episodisk. Med et slikt dobbelt sett av standarder for foreldreskap risikerer vi at fars bidrag blir overvurdert, mens mors bidrag tas for gitt eller framheves ved sine mangler (Haavind, 2006).

Særlig mødrenes evne til å ivareta barna emosjonelt blir grundig vurdert: hvordan de toner seg inn på barna, forstår og rommer følelsene deres. I vurderingene av fedrene fokuserer de sakkyndige mer på hva slags aktiviteter far gjør sammen med barna. Fars evne til å leke og eventuelt til å sette grenser. Men som nevnt har sakkyndig observert far sammen med barna i kun ni av sakene. Der det ikke er gjennomført samværsobservasjoner, vurderes far enten ut fra komparent- og dokumentopplysninger eller etter hva slags inntrykk han gir i de to-tre samtalerne sakkyndig har med ham. Det virker som at de sakkyndige i den sistnevnte gruppen har fått et godt inntrykk av far, og latt seg overbevise av hans uttrykte intensjoner overfor barna og savnet etter dem. Som i denne omtalen: «I mine egne møter med ham fremstår han vekslende mellom å være frustrert og fortvilt på den ene siden og humoristisk, tolerant og sjarmerende på den andre. Det må ansees sannsynlig at han som forelder kan være engasjert i barna og tilby dem hyggelige og minnerike episoder.» Denne faren skal ha utsatt moren for grov vold, men dette vies lite oppmerksomhet. Fars vold og fars foreldreskap framstilles som atskilte fenomener. Dette er også påpekt i andre analyser av sakkyndigvurderinger i foreldretvister (Hrymak & Hawkins, 2020; Eriksson, 2003). Hvordan

fars omsorgsutøvelse ser ut i praksis, gir ikke disse sakkyndigvurderingene noe bilde av. Det er verdt å bemerke at menn som utøver vold i hjemmet, ofte bidrar lite eller på en negativ måte i barneomsorgen (Bredal & Stefansen, 2022). Men mange av sakkyndigvurderingene gir inntrykk av et sterkt ønske og håp om at far kan være en god forelder selv om han har utøvd vold. En slik diskurs har blitt kalt «et farskap av muligheter» (Keskinen, 2005).

I de fleste sakene vurderes mors foreldreskap også etter hvorvidt hun legger tilstrekkelig til rette for fars foreldreskap. Det rettes ikke tilsvarende krav til fedrene. De sakkyndige stiller blant annet spørsmål ved om mor har hjulpet far til å være en god nok omsorgsgiver, latt være å omtale ham på en negativ måte, støttet barna til å ha kontakt og lagt til rette for samvær. Slikt arbeid forstås ofte som en del av «morskompetansen», også når det er grunn til å stille spørsmål ved fars omsorgsevne (Elizabeth et al., 2012). Det virker som de sakkyndige forventer at også mødre som har vært utsatt for fars vold, bør stille seg positive til å involvere ham. Samtidig blir mødrene vurdert ut fra om de greier å skjerm barna mot vold og «foreldrekonflikter». Det er ingen refleksjoner over de motstridende kravene og det utvidete ansvaret disse mødrene pålegges.

Volden «glipper»

I presentasjonen av utvalget skilte vi mellom påstander om vold som er mer eller mindre dokumenterte. I nesten alle tilfellene der påstandene om vold er mindre dokumenterte, har sakkyndig tilsynelatende verken undersøkt eller vurdert påstandene. Men i det følgende skal vi konsentrere oss om de 15 tilfellene der påstandene om vold er dokumenterte. 14 av disse gjaldt fedre. I disse sakene er det stor variasjon i hvor mye omtale volden får, og hvordan volden gjøres relevant.

I den ene halvparten av sakene med dokumenterte påstander trekker sakkyndig direkte forbindelser mellom volden og barnas utviklingsbetingelser. Sakkyndig vurderer blant annet at volden har medført følelsesmessige problemer og konsentrasjonsvan-sker hos barnet. I majoriteten av disse sakene er far anmeldt eller dømt for vold mot både mor og barn. De fleste av barna er over sju år. Sakkyndig har snakket med nesten alle barna, og de ønsket ikke kontakt med faren sin. De sakkyndige vurderer at far er fastlåst i sin benektelse av volden, har lite endringspotensial og dårlig samarbeidsevne, og at samvær med far ikke er til barnas beste. Sakkyndig i den ene saken der det er dokumenterte påstander om vold fra mor, gjør liknende vurderinger.

I den andre halvparten av sakene med dokumenterte påstander, trekker sakkyndig forbindelsen mellom fars vold og barnas utviklingsbetingelser via mor. Fedrene er anmeldt eller dømt for vold mot mor, men volden settes i liten grad i sammenheng med barnas omsorgssituasjon. De sakkyndige later til å forstå fars vold som betinget av relasjonen til mor. En av dem skriver: «Det synes å være mors nærvær og samspillet mellom partene som har vært utfordringen. Hans angivelig lave tålmodighet og utholdenhet vil ikke bli utfordret ved eventuelle kortere samvær.» En annen skriver: «Selv om far har utøvd vold og/eller psykisk kontroll i nære relasjoner, så betyr ikke det at han kan gjøre det mot barn.» Med ett unntak er barna i disse sakene under sju år. Sakkyndig har kun snakket med to av barna, og det framgår ikke hvorvidt vold eller samværsønsker er blitt tematisert i barnesamtalen. I alle disse sakene anbefaler sakkyndig samvær, og i fem av sakene uten offentlig tilsyn, eller kun med mors tilsyn. Dette til tross for at tre av de samme fem sakene inkluderer påstand om at far har utøvd vold mot mor etter samlivsbruddet, i en av dem ved overlevering av barnet til samvær.

De sakkyndige i disse sakene går enten ikke inn på hvorvidt mor og barn er traumatiserte, eller avviser at ofrene er preget av volden. Noen vurderer at små barn ikke kan ha fått med seg eller blitt påvirket av volden, selv der mor forteller at far har utøvd vold mot henne mens hun har hatt barnet i armene. Slike vurderinger innebærer redusert beskyttelse av små barn som «bare» opplever at volden rettes direkte mot mor. Det er ikke vektlagt at voldsbegrepet også omfatter å leve med vold i familien, og at traume- og tilknytningsforskningen viser at dette kan ha alvorlige konsekvenser for barna (Brandtzæg et al., 2019). En av de sakkyndige vurderer også at en mor som har fått diagnosen posttraumatisk stresslidelse etter at far utsatte henne for vold, *ikke* har noen psykiske skader som følge av volden. Framfor å ansvarliggjøre far rettes fokuset mot hvordan mødrenes reaksjoner på volden forringer barnas utviklingsbetingelser, for eksempel ved at hun gir «traumatisert omsorg». I en sak med påstand om at far gjentatte ganger har utøvd fysisk og psykisk vold mot mor med barna til stede, skriver sakkyndig at moren i enkelte situasjoner har fryktet for livet sitt, og for at barna skulle bli kidnappet. Resonnementet avrundes med at «Barn fanger gjerne opp slike sterke, negative følelser». Volden får lite oppmerksomhet i vurderingen av fars foreldreskap, men skrives fram som noe som kan så tvil om mors omsorgsevne.

Ingen av de sakkyndige i de dokumenterte volds sakene anbefaler at far skal være hovedomsorgsgiver,

men han vurderes i mange tilfeller som en god samværsforelder. Og selv der sakkyndig verken har observert samvær eller gjennomført barnesamtale, er det få eller ingen refleksjoner over det begrensede grunnlaget for vurderingene. Det gjelder for eksempel en far som er idømt kontaktforbud fordi han har bortført familien og utsatt mor for grov vold med barna til stede. Sakkyndig vurderer ingen risiko for gjentakelse eller retraumatisering, og skriver at samvær med far over tid kan ha «en stabiliserende eller normaliserende virkning for barna». Det ser ut til at hensynet til at barna skal ha en relasjon til faren, trumfer hensynet til sikkerhet og trygghet. Flere har påpekt at idealet om felles foreldreskap står så sterkt at det kan skygge for erkjennelsen av at vold er en uheldig utviklingsbetingelse for barn. Det kan føre til at noen foreldre for lett blir vurdert som på å ha et positivt potensial (Annfelt, 2008; Bredal & Stefansen, 2022).

Hvordan styrke selvrefleksjonen?

Analysen har gitt oss et bilde av hvilke forståelser av foreldreskap, omsorg og utviklingsbetingelser som de sakkyndige i vårt utvalg av rapporter trekker veksler på. Følelsesmessige forhold, enkeltepisoder og et begrenset utvalg statistiske risikofaktorer dominerer bildet. Foreldrenes omsorgspraksiser over tid får derimot lite oppmerksomhet. Sakkyndigvurderingene er dessuten preget av høyere standarder for mors enn fars foreldreskap, uten at dette blir begrunnet eller reflektert over. Dette gjør det vanskelig å danne seg et dekkende bilde av helheten i barnas livssituasjon, og bidrar til at vold kunne framstå som en isolert og mindre betydningsfull side ved foreldreskapet.

Vi tror ikke dette handler om intenderte praksiser fra sakkyndiges side. Det er nok heller noe som «bare blir sånn» når de sakkyndige tar i bruk gjengse faglige og kulturelle forståelser av barn og familieliv i et begrenset rettslig utredningsoppdrag. Forskerposisjonen gjør det mulig å se på tvers av mange saker, og slik fange opp mønstre. Vi vil hevde at resultatene henger sammen med at hverdagslivet, og det arbeidet som ligger bak at barn utvikler seg (Morss, 2013), ikke tas tilstrekkelig på alvor i de psykologiske forståelsene som de sakkyndige trekker veksler på. Det kan føre til at man som fagperson blir mer opptatt av fagbegreper, kategorisering og enkeltepisoder enn av spørsmålet: «Hvordan ser dette livet ut, og hvordan blir det for barnet på kort og lang sikt?»

Resultatene er egnet til å styrke kunnskapsgrunnlaget for barnefaglige vurderinger ved å bidra til refleksjon over egne forståelser og praksiser. Hovedresultatene kan brukes til å formulere spørsmål som sakkyndige kan stille til sitt eget arbeid.

Spørsmål 1: *Hvilken plass og betydning får beskrivelser og vurderinger av det enkelte barnets livssituasjon?*

Bakgrunnen for spørsmålet er at det var vanskelig å danne seg et dekkende bilde av barnas livssituasjon på grunnlag av sakkyndigvurderingene. Det er tankevekkende, siden målet med domstolsbehandling av foreldretvister er å finne den beste løsningen for det enkelte barn. Dette viser hvor viktig det er å rette oppmerksomheten mot helheten i barnas omsorgssituasjon, og mot hvordan kontinuiteten i omsorgen for barna er ivaretatt.

Spørsmål 2: *Hvilket blikk møter jeg mor og far i denne saken med?*

Som nevnt så mødre og fedre ut til å bli vurdert opp mot ulike standarder. Idealet om felles foreldreskap, mødrenes ansvar for helheten og ønsket om at barn skal ha en relasjon til far, så ut til å ligge til grunn. Vår oppfordring er ikke å lete etter forskjeller mellom kvinnelige og mannlige foreldre, men å utforske hva hans og hennes bidrag i den enkelte familie har vært, er og kan komme til å bli.

Spørsmål 3: *Hvordan følger jeg opp påstander om vold, og hvilke vurderinger ender jeg opp med?*

Spørsmålet er knyttet til at volden «glipper». Vi har sett hvordan manglende interesse for helheten i barnas omsorgssituasjon og lavere krav til fedrene, bidro til dette. Tilsvarende kan «foreldrekonflikt», brukt som en sekkebetegnelse, dreie oppmerksomheten vekk fra volden. Det understreker behovet for maktanalyser i dette feltet: Hvem sine interesser blir ivaretatt, og hvilke blir oversett? Det gjelder både av vold, annen foreldreatferd og av mulige samværsordninger.

Studiens begrensninger

Flertydighet i tekstene var en utfordring i analysearbeidet. Dette er ikke overraskende, i og med at de sakkyndige har flere og ulike teorier og kulturelle forståelser å trekke veksler på. Flertydighet kan også handle om tidsnød og tvil. Når sakkyndig har formulert seg flertydig, har vi lagt til grunn den forståelsen som later til å ha hatt størst betydning for sluttvurderingen. Vi vet ingenting om eventuelle nyanseringer i de sakkyndiges vurderinger i løpet av hovedforhandlingen, eller utfallet av sakene. Vi kunne også ha fått et annet bilde av de sakkyndiges forståelser om vi også hadde snakket med dem. Studien er altså begrenset til analyse av de skriftlige vurderingene.

Konklusjon

Sakkyndigvurderinger i foreldretvister er eksempler på mektige tekster. De kan få stor betydning, ikke bare for foreldre og barn i den enkelte saken, men også

for rettsapparatets forståelse av omsorg og utvikling, og for samfunnets ordninger. Psykologifaget og psykologprofesjonen har fått betydelig makt som premissleverandør for hvordan vi i vår kultur forstår oss selv, foreldreskap og familieliv (Burman, 2017). Med en slik posisjon følger også økt ansvar og krav til selvrefleksjon hos de som forvalter faget. Funnene i denne artikkelen utfordrer en oppfatning om at psykologi er et kjønnsnøytralt fag som har kvittet seg med stereotype forestillinger om kvinner og menn. Studien er også en påminner om hvor viktig det er å ta hverdagslivet på alvor, når vi skal vurdere foreldreskap og barnets beste. ✘

Referanser

- Andenæs, A. (2005). Neutral Claims – Gendered Meanings: Parenthood and Developmental Psychology in a Modern Welfare State. *Feminism & Psychology*, 15(2), 209–226. <https://doi.org/10.1177/0959353505051729>
- Andenæs, A. & Sundnes, A. (2019). Døgnnet rundt: Utforskning av foreldres omsorg for barn. I A. Jansen & A. Andenæs (red.), *Hverdagsliv, barndom og oppvekst. Teoretiske posisjoner og metodiske grep* (s. 226–250). Universitetsforlaget.
- Annfelt, T. (2008). Den viktige far. Representasjoner av far i familiepolitiske dokumenter. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 32(1), 42–59.
- Backe-Hansen, E. & Øvreide, H. (1999). *Sakkyndig arbeid. Fag og beslutninger om barn*. Gyldendal.
- Bernt, C. (2014). Sakkyndige i barnelovssaker for domstolene: roller og rettssikkerhet. *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 12(3), 178–315.
- Brandtzæg, I., Torsteinson, S. & Smith, L. (2019). *Barn og relasjonsbrudd. Bind 2: Mikroseparasjoner*. Fagbokforlaget.
- Bredal, A. & Stefansen, K. (2022). Vold eller foreldrekonflikt? Voldsutsatte mødres erfaringer med barneverntjenesten etter samlivsbrudd. *Norges Barnevern*, 99(2–3), 130–147. <https://doi.org/10.18261/tnb.99.2-3.5>
- Bruner, J.S. (1990). *Acts of Meaning*. Harvard University Press.
- Burman, E. (2017). *Deconstructing Developmental Psychology*. Routledge.
- Domstolsadministrasjonen. (2022). *Innkomne saker etter barneloven*. <https://www.domstol.no/contentassets/dfd0d3cc9eda405cabe2e60604468560/saker-etter-barneloven-2018-2022.pdf>
- EGGE-HOVEID, K. & SANDNES, T. (2013). *Kvinnens og menns tidsbruk i ulike livsfaser og familietype* (SSB Rapport 45/2013). Statistisk sentralbyrå.
- Elizabeth, V., Gavey, N. & Tolmie, J. (2012). The gendered dynamics of power in disputes over the postseparation care of children. *Violence Against Women*, 18(4), 459–481. <https://doi.org/10.1177/1077801212452>
- Eriksson, M. (2003). *I skuggan av Pappa. Familjerätten och hanteringen av fäderns våld*. (Doktorgradsavhandling). Gondolin.

- Gulbrandsen, W. (2013). Foreldrekonflikter etter samlivsbrudd: En analyse av samspill og kilder til det fastlåsende. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(6), 538–551. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2013/06/foreldrekonflikter-etter-samlivsbrudd-en-analyse-av-samspill-og-kilder-til-det>
- Gullestad, M. (2002). *Det norske sett med nye øyne. Kritisk analyse av norsk innvandringsdebatt*. Universitetsforlaget.
- Haavind, H. (2000). *Kjønn og fortolkende metode*. Gyldendal akademisk.
- Haavind, H. (2006). Midt i tredje akt. Fedres deltakelse i det omsorgsfulle foreldreskap. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(7), 683–693. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel-bjorn-christiansens-minnepris/2006/07/midt-i-tredje-akt-fedres-deltakelse-i-det>
- Hrymak, H. & Hawkins, K. (2021), *Section 211 Toolkit* (Rapport). RISE Women's Legal Centre.
- Jevne, K.S. & Andenæs, A. (2015). Parents in High-Conflict Custodial Cases: Negotiating Shared Care across Households. *Child and Family Social Work*, 22(1), 296–305. <https://doi.org/10.1111/cfs.12240>
- Keskinen, S. (2005). Commitments and Contradictions: Linking Violence, Parenthood and Professionalism. I M. Eriksson, M. Hester, S. Keskinen & K. Pringle (red.), *Tackling Men's Violence in Families. Nordic Issues and Dilemmas* (s. 31–48). The Policy Press.
- Koch, K. (2000). *Når mor og far møtes i retten. Barnefordeling og samvær*. NOVA.
- Koch, K. & Walstad, E. (2005). *Samvær mellom barn og foreldre som ikke bor sammen*. Gyldendal.
- Kousholt, D. (2011). Researching Family through the Everyday Lives of Children across home and day care in Denmark. *Ethos*, 39(1), 98–114. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1352.2010.01173.x>
- Levitt, H.M., Bamberg, M., Creswell, J.W., Frost, D.M., Josselson, R. & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *American Psychologist*, 73(1), 26–46. <https://doi.org/10.1037/amp0000151>
- Magnusson, E. & Marecek, J. (2015). *Doing Interview-Based Qualitative Research. A learner's guide*. Cambridge University Press.
- Martinsen, L.J. (2013). Barnets beste ved fastsettelse av fast bosted for barn. En analyse av lagmannsrettspraksis fra 2011. *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 11(1), 76–85.
- Morss, John (2023). *Growing critical. Alternatives to developmental psychology*. Routledge.
- NOU 2020: 14. (2020). *Ny barnelov – til barnets beste*. Barne- og familiedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-14/id2788399/>
- Ottosen, M.H., Dahl, K.M. & Boserup, B. (2017). *Forældrekonflikter etter samlivsbruddet. Karakteristika og risikofaktorer i komplekse foreldreansvarssager*. Vive.
- Oxford Research. (2016). *Domstolsbehandlingen av foreldretvister* (Rapport). Oxford Research AS.
- Prop. 85 L (2012–2013). *Endringer i barnelova (barneperspektivet i foreldretvister)*. Barne- og familiedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-85-l-20122013/id720054/>
- Rogoff, B. (2003). *The cultural nature of human development*. Oxford University Press.
- Skjorten, K. (2016). Normer i endring. Barns rettigheter og domstolspraksis i foreldretvister med påstander om vold. I R. Førde, M. Kjelland & U. Stridbeck (red.), *Cand. mag., cand.med., cand.jur., cand.alt! Festskrift til Aslak Syse* (s. 421–434). Gyldendal.
- Smeby, K.W. (2017). *Likestilling i det tredje skiftet? Heltidsarbeidende småbarnsforeldres praktisering av familieansvar etter 10 uker med fedrekvote* (Doktorgradsavhandling). Institutt for sosiologi og statsvitenskap, NTNU. <http://hdl.handle.net/11250/2453772>
- Statistisk sentralbyrå. (2023). *10936: Avsluttede meklinger og deltakere, etter meklingsinstans og årsak*. <https://www.ssb.no/statbank/table/10936/>
- Zachrisson, H.D. (2010). Tilknytning og psykisk helse hos sped- og småbarn. I V. Moe, K. Slinning & M.B. Hansen (red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 285–302). Gyldendal.

Dekning av psykologer i kommunehelsetjenesten: Sosiale og geografiske ulikheter

Julie Ruud Ulset¹, Michal Kozák², Vidar Ulset^{2,3}

¹ Indre Østfold kommune, Familie- og ungdomsteam
² PROMENTA forskningssenter, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo
³ Norges idrettshøgskole, Institutt for lærerutdanning og friluftsliv

KONTAKT

julieruug@gmail.com

MERKNAD Arbeidet med artikkelen ble støttet av bevilgninger fra Norges forskningsråd (prosjekter 288083 og 300816). Ingen oppgitte interessekonflikter.

FAGFELLEVDERT

Sammendrag

Bakgrunn: Sykdomsbyrden av psykiske lidelser har enorm kostnad for det norske samfunnet, og helsemyndighetene har derfor lagt føringer om at psykologer skal jobbe med forebygging og behandling av psykiske lidelser i kommunene. Etter at lovkravet om psykologer i kommunen ble innført i 2020, er det imidlertid uklart om dekingen av psykologer i norske kommuner svarer til oppdraget. Målet med studien var derfor å undersøke dekingen av psykologer i kommunen sammenlignet med andre lovpålagte helsepersonellgrupper, og å undersøke om psykologdekingen henger sammen med geografiske, økonomiske og sosiale egenskaper ved kommunene.

Metode: Vi sammenstilte åpent tilgjengelige registerdata om deking av psykologer, fysioterapeuter, helsesykepleiere og leger i kommunen med data om kommunenes økonomi, sentralitet, samt andel innbyggere med lavinntekt og psykiske lidelser.

Resultater: Vi fant at antall årsverk med psykologer i 2021 var svært lavt sammenlignet med andre lovpålagte yrker i kommunen. Multinomiske regresjonsanalyser viste at kommuner med høyere inntekter hadde bedre psykologdeking, mens kommuner med høyere forekomst av psykiske lidelser hadde noe dårligere psykologdeking. Sannsynligheten for å ha minst én psykolog var vesentlig høyere i sentrale kommuner.

Konklusjon: Dekningen av psykologer i kommunehelsetjenesten er lav sammenlignet med andre grupper helsepersonell, og det finnes geografiske og sosiale ulikheter i tilgang på psykologer i førstelinjen.

Nøkkelord: psykologdeking, kommunepsykolog, sosial ulikhet, geografisk ulikhet

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er det tydeliggjort at kommunene har et ansvar for forebygging, utredning og behandling av psykiske lidelser (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Sykdomsbyrden som følge av psykiske lidelser utgjør en stor og økende andel i den norske befolkningen, og årlig utgjør den økonomiske kostnaden knyttet til psykiske lidelser omkring 280–290 milliarder kroner per år (Helsedirektoratet, 2015). Spesielt angst og depresjon utgjør en stor andel av helsetapet blant unge og de i arbeidsfør alder (Folkehelseinstituttet, 2018). Politikerne har også bestemt at det skal være likeverdig tilgang på helsetjenester av god kvalitet, uavhengig av hvor man bor (Meld. St. 38 (2020–2021)). Med et nytt lovkrav om psykologer i kommunen som kom i 2020, skal psykologer bidra i dette samfunnsansvaret, men det er uklart om deknningen av psykologer i kommunene er god nok, og om det finnes geografiske eller sosiale ulikheter i dekning av psykologer i kommunehelsetjenesten når man tar høyde for andre yrkesgrupper og sosiodemografiske egenskaper ved kommunene.

Lovfestingen av psykologer i kommunen

Opptrappingsplanen for psykisk helse i perioden 1999 til 2008 sine overordnede mål var å bedre befolkningens psykiske helse, øke brukermedvirkningen og bedre kvaliteten på tjenestetilbudet. Denne satsingen ga ikke den ønskede økningen i antallet kommunalt ansatte psykologer, og på bakgrunn av rapporten «Psykologer i kommunene: Barrierer og tiltak for økt rekruttering» opprettet Helsedirektoratet en ordning med tilskuddsmidler til utprøvningsmodell av psykologer i kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2008), noe som førte til en økning av antall psykologer i kommunene. Helsedirektoratet besluttet i 2013 å endre dette til en tilskuddsordning hvor kommunen selv stod fritt til å plassere psykologen ut fra kommunens behov. Ordningen var en suksess, og fra 2015 til 2019 var det nesten en dobling av antall årsverk psykologer i kommunehelsetjenesten (fra 244 til 456 psykologer) (Kaspersen et al., 2018). I 2020 kom det et nytt lovkrav i Helse- og omsorgstjenesteloven (§3.2.) om at kommunene er pålagt å knytte til seg psykolog. Dette innebar at tilskuddsordningen ble avsluttet og midlene ble overført til kommunenes rammetilskudd. Dette har imidlertid medført at intensiteten i rekruttering av psykologer til kommunene har avtatt (Statistisk sentralbyrå, 2022a). Et av målene med lovkravet var å øke minstekravet i kompetanse innen psykiske helsetjenester i kommunen, jevne ut tilgangen på kompetansen mellom sentrale og mindre sentrale

strøk, samt øke det forebyggende arbeidet. For flere kommuner har det imidlertid vært utfordrende å rekruttere og beholde psykologer: En rapport fra Statistisk sentralbyrå om psykologdekning i 2021 konkluderte med at bare tre av fem kommuner har psykolog, en nedgang siden 2020 (Statistisk sentralbyrå, 2022a). Nedgangen gjelder spesielt kommuner i mindre sentrale strøk.

Dekning av psykologer i kommunen

I lovkravet om psykolog i kommunen fra 2020 er det ikke tilknyttet norm-anbefaling eller retningslinjer, men Helsedirektoratet har fremhevet at psykologer i kommunene i større grad burde bruke mer tid på systemrettet og samfunnsrettet arbeid, sammen med helsefremmende og forebyggende arbeid (Helsedirektoratet, 2019). Psykologer kan benyttes som «potet» i helsefremmende tiltak mot psykisk helse (Norsk psykologforening, 2020a). Psykologens kompetanse kan knyttes til flere tjenester og nivåer, samfunnspsykologisk og helsefremmende, samt klinisk utredning og behandling, oppfølging og rehabilitering. Psykologer kan jobbe individrettet, med grupper, undervisning, veiledning til både samarbeidspartnere og befolkningen. De kan jobbe med alle aldersgrupper og målgrupper, fra lette til alvorlige psykiske helseplager (Helland et al., 2021). En undersøkelse av Norsk psykologforening (2020b) viser imidlertid at flertallet av psykologer i kommunene jobber med klinisk individrettet arbeid. Kommunene selv rapporterer om manglende kunnskap om helsefremmende effektive tiltak rettet mot psykisk helse (Riksrevisjonen, 2015 og 2021).

Både helsesykepleiere og fastleger har anbefalte normtall knyttet til sin praksis i kommunene. Normen fra 2010 per hele helsesøsterstilling er 300 elever i barneskolen, 550 i ungdomsskolen og 800 i videregående skole (Lassemo & Melby, 2020). For fastleger er normtallet 1500 pasienter per årsverk. Så hvor mange psykologer bør en kommune ha? Flere faktorer spiller inn, slik som innbyggertall, forekomst av psykiske lidelser og helseplager (behov), kommunens demografi og folkehelseprofil og allerede eksisterende helsetjenester.

For å undersøke deknningen av psykologer i kommunehelsetjenesten i 2021 sammenlignet med leger, fysioterapeuter, jordmødre og helsesykepleiere brukte vi åpne registerdata fra Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet, samt anonymiserte data fra medlemsregisteret til Norsk psykologforening om psykologdekning i kommunene. I tillegg undersøkte vi om det var geografiske forskjeller i tilgang på psykologer (for eksempel at det er bedre tilgang på psykologer i sentrale strøk), hvorvidt kommunenes økonomi hen-

ger sammen med dekningen, og om dekningen av psykologer i kommunen så langt har vært behovsstyrt, slik at kommuner med større sosiale problemer og mer psykiske lidelser har ansatt flere psykologer. Ved å kombinere disse forskjellige datasettene var vi i stand til å analysere flere faktorer knyttet til dekningen av psykologer i kommunehelsetjenesten og identifisere mulige ulikheter i tilgangen til psykisk helsetjenester i forskjellige deler av landet.

Metode

Utvalg

Utvalget i denne studien består av alle kommuner i Norge ($n = 356$), slik kommunene var definert i 2020. Analysene gjøres med aggregerte data på kommunenivå, og baserer seg på data fra Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet, Kommunebarometeret og en oversikt fra Norsk psykologforening med informasjon om antall kommunepsykologer i hver kommune.

Variabler

Årsverk i kommunene. For å få oversikt over antall årsverk med psykologer, fysioterapeuter, helsesykepleiere og jordmødre i norske kommuner tok vi utgangspunkt i statistikk om antall sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning i 4. kvartal 2021 for alle aldersgrupper (Statistisk sentralbyrå, 2022b). Anonymiserte data fra Norsk psykologforening sitt medlemsregister ble brukt til å validere antall årsverk med psykologer i kommunehelsetjenesten som rapportert av SSB. Ifølge Psykologforeningens oversikt jobber 621 psykologer per 01.08.2021 innen arbeidssektoren Kommunesektorens organisasjon (KS), hvorav 40 jobbet i barneverntjenesten, 7 i FACT-team, 4 i NAV og 16 i tannhelsetjenesten. Korrelasjonen mellom antall årsverk fra medlemsregisteret og SSB var $r = 0.96$ ($p < 0.001$). For å få oversikt over antall leger i kommunehelsetjenesten tok vi utgangspunkt i statistikk om antall avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor vi inkluderte kommunalt ansatte leger og næringsdrivende fastleger (Statistisk sentralbyrå, 2022c).

Kommuneøkonomi. Alle data om kommunenes økonomi ble hentet ut for kommuner etter kommunereformen 2020, for året 2021. Informasjon om kommunenes økonomi ble hentet fra Statistisk sentralbyrå tabell «12134: Utvalgte nøkkeltall for kommuneregnskap» (Statistisk sentralbyrå, 2022d). Vi tok utgangspunkt i 1) netto driftsresultat i prosent av brutto driftsinntekter, 2) frie inntekter per innbygger (NOK) og 3) fri egenkapital drift i prosent av brutto driftsinntekter.

Befolknings tetthet. Informasjon om befolknings tetthet ble hentet fra Statistisk sentralbyrå tabell

«11342: Areal og befolkning» for året 2021 (Statistisk sentralbyrå, 2022e). Kommunenes sentralitet ble målt med Statistisk sentralbyrå sin sentralitetsindeks for kommunen (Statistisk sentralbyrå, 2020).

Andel personer med lav inntekt. Data om andel personer med lav inntekt ble hentet fra Statistisk sentralbyrå sin tabell 06947: Personer i privathusholdninger med årlig inntekt etter skatt per forbruksenhet for året 2021 (Statistisk sentralbyrå, 2022f). Vi hentet ut statistikk om lavinntekt for husholdninger for hele befolkningen og benyttet EU-skala 50 prosent, hvor lavinntektsgrensen er satt lik 50 % av medianinntekten.

Psykiske lidelser. Informasjon om psykiske lidelser ble hentet fra Kommunehelsa statistikkbank, og baserer seg på antall brukere i primærhelsetjenesten per 1000 innbygger, hvor vi hentet ut statistikk om sykdomsgruppen «psykiske symptomer og lidelser (P01-29 og P70-99) for aldersgruppen 0–74 år for perioden 2018 til 2020 (Folkehelseinstituttet, 2020). Statistikken baseres på antall unike personer i kontakt med fastlege eller legevakt.

Kommunebarometer. Kommunebarometeret er en måling som rapporteres årlig av Kommunal Rapport (Kommunal Rapport, 2020), hvor kommunene rangeres etter 151 forskjellige nøkkeltall på tvers av 12 ulike sektorer. Høye skårer indikerer høy kvalitet på kommunenes tjenester.

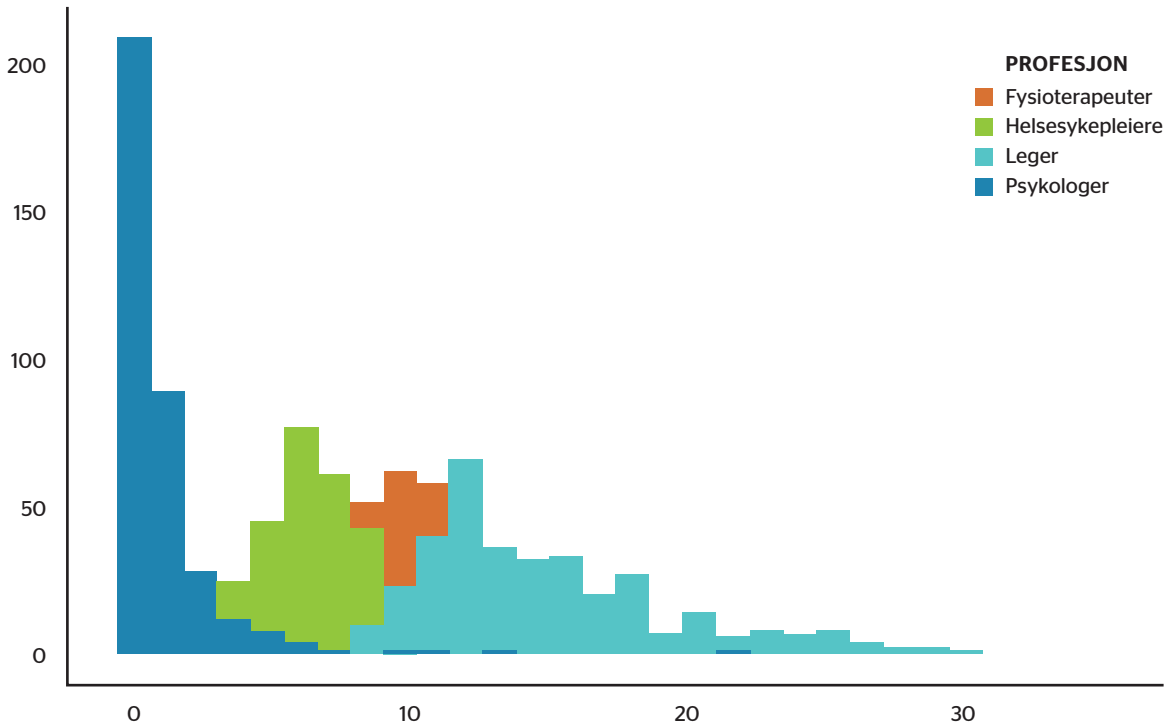
Sentralitet. Informasjon om kommunenes sentralitet ble hentet fra Statistisk sentralbyrå sin sentralitetsindeks (Statistisk sentralbyrå, 2020). Indeksen er regnet ut for alle landets kommuner og tar hensyn til faktorer som nærhet til infrastruktur og arbeidsplasser. Høye verdier indikerer høy sentralitet av kommunen.

Analyser

Datasettet ble analysert med PSCL-pakken (versjon 1.5.9) og MASS-pakken (versjon 7.3-53) i R (versjon 4.0.3) og IBM SPSS Statistics versjon 27. For å undersøke om forklaringsvariablene hang sammen med antall psykologer i kommunen, ble det brukt generaliserte lineære modeller. Siden utfallsvariabelen var tellevariabel, og ikke var normalfordelt, inneholdt mange 0-verdier (se Figur 1), og på grunn av overspredning ble det brukt negative binomiske modeller med modifiserte sannsynligheter for nullobservasjoner (multinomisk regresjon). Basert på prosedyre beskrevet tidligere (Huang & Cornell, 2012; Zuur et al., 2009) ble forskjellige regresjons-, Poisson- og binomiske modeller testet. Beste modell ble valgt basert på laveste Akaike's informasjonskriterium (AIC) og undersøkelser av over- og underdispersjon. Binomiske modeller med

Figur 1

Distribusjoner av årsverk i kommunehelsetjenesten i 2021



Note. Figuren viser fordeling av antall årsverk i kommunene med ulik farge for hver helseprofesjon som var inkludert i studien

modifiserte sannsynligheter for nullobservasjoner gir innsikt i hva som driver psykologdekningen i de kommunene som har minst én psykolog, samtidig som nullobservasjonskomponenten av modellen hjelper til med å forstå faktorene bak hvorfor noen kommuner ikke har noen psykologer. For å utelukke problemer med multikollinearitet ble variansinflasjonsfaktorer (VIF) regnet ut for alle forklaringsvariablene. Høyeste VIF-skåre var 3.2, som indikerer at det er lite sannsynlig at resultatene fra modellen ble påvirket av multikollinearitet. Antall psykologer i kommunene per 100 000 innbygger ble inkludert i analysene som utfallsvariabel, mens antall fysioterapeuter, leger, helsesykepleiere og jordmødre, kommunens driftsresultat, frie inntekter per innbygger, fri egenkapital, psykiske lidelser, lavinntekt, skår på kommunebarometer og kommunenes sentralitet ble alle inkludert samtidig som skalerte forklaringsvariabler.

Resultater

Deskriptive analyser (Tabell 1) viser at det i gjennomsnitt var 0.95 psykologer i kommunen per 10 000

innbygger ved utgangen av 2021. Det var totalt 601 årsverk i Norge ifølge oversikten til Norsk psykologforening, mens det var 506 hele årsverk registrert i SSB sin oversikt. Til sammenligning var dekningen i kommunehelsetjenesten per 10 000 innbygger 11.35 for fysioterapeuter, 5.85 for helsesykepleiere og 15.04 for leger. Dette betyr at sammenlignet med psykologdekning var det omtrent tolv ganger så stor dekning av fysioterapeuter, seks ganger så stor dekning av helsesykepleiere og 16 ganger så stor dekning av leger i kommunehelsetjenesten. Figur 2 viser en grafisk fremstilling av disse forskjellene.

Det var svært stor variasjon i dekning av psykologer, fra 0 psykologer til 21.5 psykologer per 10 000 innbygger, og de aller fleste kommuner hadde færre psykologårsverk sammenlignet med årsverk for fysioterapeuter, helsesykepleiere og leger (se Figur 1). Resultater fra binomisk regresjonsanalyse med sannsynlighet for nullobservasjon (Tabell 2) viser at kommuner med høy dekning av psykologer også hadde høy dekning av leger og høyere frie inntekter per innbygger, og at det var dårligere psykologdekning i kommuner med høyere forekomst av psykiske lidelser. Resultater fra

Tabell 1

Deskriptiv statistikk for studievariablene (2021)

Variabel	N	Minimum	Maksimum	Gjennomsnitt (M)	Standardavvik (SD)
Psykologer	356	0	21.51	0.95	1.93
Fysioterapeuter	356	2.35	26.6	11.35	3.46
Helsesykepleiere	356	0	23.26	5.85	3.24
Leger	356	2.26	34.88	15.04	5.12
Driftsresultat	356	-16.9	35.5	3.71	4.19
Frie inntekter	356	44	196	74.07	15.74
Fri egenkapital	356	-47.8	131.1	14.15	12.18
Psykiske lidelser	356	86	231	152.74	27.67
Lavinntekt	356	2.1	10.5	4.6	1.25
Kommunebarometer	356	0.34	3.95	3.16	0.7
Sentralitet	356	295	1000	643.27	143.22

Note. Psykologer, fysioterapeuter, helsesykepleiere og leger per 10 000 innbygger.

Tabell 2

Resultater fra negativ binomisk regresjon med modifiserte sannsynligheter for nullobservasjoner (n = 356)

Forklaringsvariabler	Psykologer pr 100k innbyggere	
	Betinget binomisk modell	Sannsynlighet for nullobservasjon
	Insidensrate [KI]	OR (SE)
Skjæringspunkt	24.29 [21.92 – 26.93]**	0.23 (0.13)
	Antall årsverk per 10k innbyggere	
Fysioterapeuter	1.05 [0.93 – 1.19]	-0.16 (0.16)
Helsesykepleiere	1.01 [0.89 – 1.14]	0.07 (0.14)
Leger	1.15 [1.00 – 1.32]*	-0.13 (0.18)
	Kommuneøkonomi	
Driftsresultat	1.11 [0.97 – 1.27]	0.16 (0.16)
Frie inntekter per innbygger	1.66 [1.30 – 2.12]***	0.25 (0.30)
Fri egenkapital	0.96 [0.85 – 1.08]	-0.20 (0.16)
	Kommuneegenskaper	
Psykiske lidelser	0.89 [0.80 – 0.98]*	-0.19 (0.13)
Lavinntekt	0.94 [0.84 – 1.05]	0.24 (0.14)
Kommunebarometer	1.01 [0.93 – 1.10]	0.21 (0.15)
Sentralitet	0.97 [0.82 – 1.15]	-1.40 (0.27)***

Note. Alle forklaringsvariabler er z-standardiserte. KI = 95% konfidensintervall, OR = Odds ratio, SE = standardfeil.

* p < 0.5, ** p < 0.01, *** p < 0.001

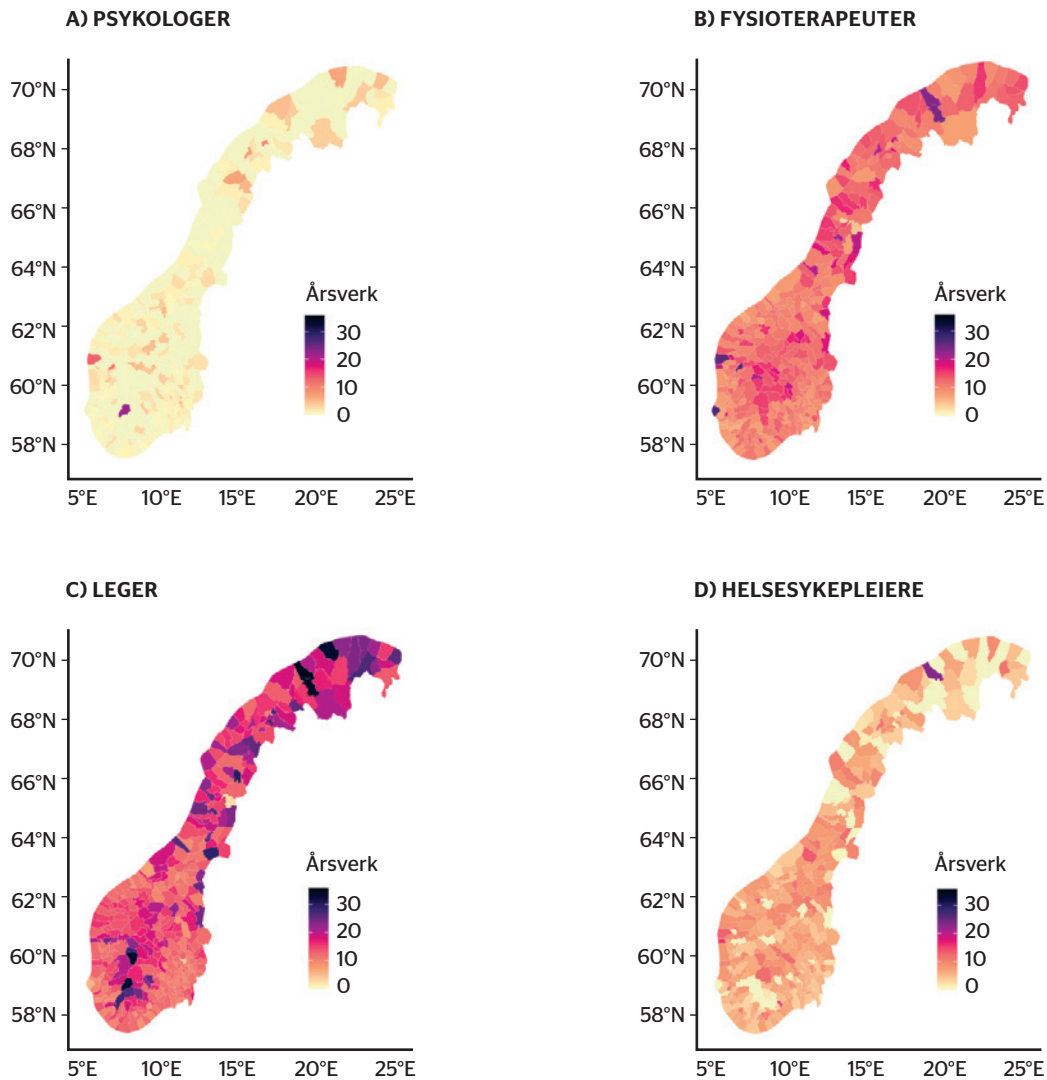
nullobservasjonskomponenten av analysen viser at sannsynligheten for å observere null psykologer var betydelig lavere i sentrale kommuner (sannsynligheten for å ha minst én psykolog var vesentlig høyere i sentrale kommuner).

Diskusjon

Målet med denne studien var å undersøke deknin-gen av psykologer i kommunehelse- tjenesten sammenlignet med fysioterapeuter, helsesykepleiere og leger, og å undersøke om deknin-gen av psykologer

Figur 2

Dekning av psykologer, fysioterapeuter, leger og helsesykepleiere i kommunehelsetjenesten per 10 000 innbygger i 2021



hadde sammenheng med økonomiske, sosiale og geografiske egenskaper ved kommunene. Vi fant at deknningen av psykologer i kommunen var mellom fem og 16 ganger lavere enn for andre lovpålagte helseprofesjoner, og at en betydelig andel kommuner ikke hadde psykolog i det hele tatt. Videre fant vi at kommuner med høye frie inntekter og flere fastleger hadde bedre dekning av psykologer, og at det var dårligere psykologdekning i kommuner med høy forekomst av psykiske lidelser. Dette er slående, siden kommuner med

høy forekomst av psykiske lidelser burde hatt høyest psykologdekning for å møte et større behov i befolkningen. Sannsynligheten for å ha minst én ansatt psykolog var betydelig høyere i sentrale kommuner. Funnene peker på et behov for målrettede tiltak for å øke tilgjengeligheten av psykologtjenester i mindre sentrale områder.

Dekningen av psykologer i kommunehelsetjenesten er lav med tanke på at en svært stor andel av belastningen på helsevesenet kommer av psykiske

lidelser (Kinge et al., 2023), et fagområde hvor psykologer har verdifull kompetanse. Noen av kommunene kan riktig nok ha inngått interkommunale samarbeid om psykolog, eller tilknyttet seg psykologer på andre måter enn ansettelse i kommunen, for eksempel privatpraktiserende psykologer eller fra spesialisthelsetjenesten, uten at dette reflekteres i våre tall, men dette er av lite omfang (Statistisk sentralbyrå, 2022). Det er også sannsynlig at det i enkelte kommuner er mange psykologer som jobber i helseforetakene, og at dette medfører tilgang til psykologhjelp i disse kommunene uten at det reflekteres i våre analyser. Det er flere mulige forklaringer på at dekningen av psykologer i kommunehelsetjenesten er lav sammenlignet med andre grupper helsepersonell. For eksempel kan det være at leger, sykepleiere og fysioterapeuter tar imot de som sliter med psykiske plager, og at kommunene dermed ikke opplever å ha behov for psykologer. En annen årsak kan være problemer med rekruttering, og at psykologer ikke ønsker å jobbe i kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2008). Det er dessuten tenkelig at kommunene ikke tar seg råd til psykolog, hvis de opplever at oppgavene løses av helsearbeidere som allerede jobber i kommunen. Selv om psykologer er en lovfestet profesjon og kommunene har ansvar for å fremme, forebygge og behandle psykiske lidelser, er det ingen normtall eller finansieringsordning på samme måte som for fastleger, fysioterapeuter eller helsesykepleiere. Dermed må hver kommune selv avgjøre hvor mange psykologer de skal ansette, og hvordan psykologkompetansen skal benyttes. Dette kan være en utfordring da kommunene rapporterer om manglende kompetanse på hvilke tiltak som er egnet for forebygging av psykiske helseproblemer, og på hvordan psykologkompetansen best kan benyttes (Riksrevisjonen, 2015 og 2021). Sånn sett er det tenkelig at en nasjonal standard for arbeidsoppgaver og prioritering av disse, samt finansieringsordninger, kan bidra til å øke dekningen av psykologer i norske kommuner.

Flere faktorer kan bidra til den lave dekningen av psykologer i mindre sentrale kommuner og i kommuner med dårligere økonomi. For det første kan det være mindre attraktivt for psykologer å jobbe der. Psykologer som velger å jobbe i mindre sentrale kommuner, kan også oppleve færre karrieremuligheter og mindre muligheter for faglig utvikling, samt mangel på veiledning og oppdatering av faglig kunnskap (Helsedirektoratet, 2008). Videre kan det være en utfordring å etablere et psykologfaglig miljø i små kommuner, noe som kan gjøre det vanskeligere for psykologer å jobbe der. Mangelen på et faglig fellesskap kan også påvirke psykologenes arbeidsmotiva-

sjon og engasjement, og gjøre det mindre attraktivt å jobbe i slike kommuner (Lints-Martindale et al., 2018). Sosioøkonomiske faktorer kan spille en rolle i den lave dekningen av psykologer i kommuner med mindre frie inntekter per innbygger. Disse kommunene har mindre økonomiske ressurser til å tiltrekke seg og beholde psykologer, noe som kan føre til høyere turnover og lavere stabilitet i psykologdekningen. For å møte disse utfordringene kan det for eksempel brukes tiltak som stimulerer til rekruttering av psykologer til mindre sentrale kommuner, som for eksempel økte lønns- og karrieremuligheter, bedre tilgang på veiledning og faglig oppdatering samt etablering av faglige nettverk og samarbeid mellom psykologer i ulike kommuner. Med tanke på at psykologdekning ser ut til å henge sammen med den enkelte kommunes økonomi, kan det være nødvendig å øke finansieringen av psykologtjenester, og utvikle tiltak som bidrar til å redusere sosiale og geografiske ulikheter i tilgangen på psykologhjelp.

Konklusjon

Våre funn indikerer at rekrutteringen av psykologer til kommunen etter tilskuddsordningen ble avvirket, ikke er tilfredsstillende, og at det er sosiale og geografiske ulikheter i dekningen. Sammenlignet med andre lovpålagte helseprofesjoner er det svært lav dekning av psykologer i kommunehelsetjenesten, og det er spesielt dårlig dekning i lite sentrale kommuner og i kommuner med lavere inntekter og høyere forekomst av psykiske lidelser. Bedre retningslinjer og normkrav kan bidra til å sikre en likere tilgang til psykologtjenester for alle innbyggere. Våre funn kan bidra til å informere politiske beslutninger som tar sikte på å forbedre tilgangen til psykisk helsetjenester og redusere byrden av psykiske lidelser. ✘

Referanser

- Folkehelseinstituttet. (2018). Sykdomsbyrde i Norge i 2050. <https://www.fhi.no/nettpub/fremtidens-utfordringer-for-folkehelsen/del-1-3/sykdomsbyrde-i-norge-i-2050/>
- Folkehelseinstituttet. (2020). Kommunehelsetatistikkbank. <http://khs.fhi.no>
- Huang, F.L. & Cornell, D.G. (2012). Pick your Poisson: A tutorial on analyzing counts of student victimization data. *Journal of School Violence, 11*(3), 187–206. <http://doi.org/10.1080/15388220.2012.682010>
- Heggland, J.E., Gärtner, K. & Mykletun, A. (2013). Kommunepsykologer nedprioriterer forebygging. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 50*(5), 504–507. <https://psykologtidsskriftet.no/oppsummert/2013/05/kommunepsykologer-nedprioriterer-forebygging>

- Helland, S.S., Rognstad, K., Kjøbli, J., Mellblom, A. & Backer-Grøndahl, A. (2021). Psykologer i kommunen: En kartlegging av tjenester for barn og unge med psykiske vansker. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58, 484–491. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel-originalartikkel-bjorn-christiansens-minnepris/2021/05/psykologer-i-kommunen>
- Helsedirektoratet. (2008). Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering. <https://napha.no/attachment.ap?id=454>
- Helsedirektoratet. (2019). Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/psykologer-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene>
- Helsedirektoratet. (2015). Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2011-06-24-30>
- Kaspersen, S.L., Lassemo, E., Kroken, E., Ose, S.O. & Ådnanes, M. (2018). *Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester. En devaluering i forbindelse med følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020* (Rapport nr. 2018:01004). SINTEF.
- Kinge, J.M., Dieleman, J.L., Karlstad, Ø., Knudsen, A.K., Klitkou, S.T., Hay, S.I., Vos, T., Murray, C.J. L. & Vollset, S.E. (2023). Disease-specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: a national health registry study. *BMC Medicine*, 21(1), 201. <http://doi.org/10.1186/s12916-023-02896-6>
- Kommunal rapport. (2020). Kommunebarometeret for 2021. <https://kb.kommunal-rapport.no>
- Lassemo, E. & Melby, L. (2020). *Helsesykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Status, utvikling og behov.* https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/2020_01346_rapport-part-1---signert.pdf
- Lints-Martindale, A.C., Carlson, A.A., Goodwin, S.L. & Thompson, S.N. (2018). Putting recommendations into practice: Improving psychological services in rural and northern Canada. *Canadian Psychology*, 59(4), 323–331. <https://doi.org/10.1037/cap0000158>
- Meld. St. 38 (2020–2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten.* Helse- og omsorgsdepartementet.
- Norsk psykologforening. (2020a). *Psykologer i kommunen: Psykologforeningens strategi for utvikling av kommunale tjenester 2019–2022.* <https://psykologforening.fra1.digitaloceanspaces.com/Fag-og-politikk/Rapporter/Psykologforeningensstrategiforpsykologerikommunen2019-2022.pdf>
- Norsk psykologforening. (2020b). *Psykologers arbeid i kommunen – resultater fra Psykologforeningens medlemsundersøkelse 2020.* <https://psykologforening.fra1.digitaloceanspaces.com/Fag-og-politikk/Psykologer-i-kommunen-Psykologforeningens-medlemsunders%C3%B8kelse-2020.pdf>
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid* (Dokument 2:11, 2014 – 2015).
- Riksrevisjonen. (2002). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykisk helsevern - opptrappingsplanen 1999–2006* (Dokument nr. 3:5).
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester* (Dokument 3:13).
- Rodal, J. & Frank, K. (2008). *Psykologer i kommunene. Barrierer og tiltak for økt rekruttering* (IS-1565). Helsedirektoratet.
- St. prp. nr. 63 (1997–1998). *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006.* Sosial- og helsedepartementet.
- Statistisk sentralbyrå. (2020). *Sentralitetsindeksen. Oppdatering med 2020-kommuner.* <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/artikler/sentralitetsindeksen>
- Statistisk sentralbyrå. (2022a). Færre kommuner med psykologkompetanse innen helse og omsorg. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/kommunehelsetenesta/artikler/faerre-kommuner-med-psykologkompetansen-innen-helse-og-omsorg>
- Statistisk sentralbyrå. (2022b). 07944: Sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning. 4. kvartal, etter år, statistikkvariabel, region, alder, sektor og fagutdanning.
- Statistisk sentralbyrå. (2022c). 11996: Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter avtaleform, region, statistikkvariabel, år og funksjon.
- Statistisk sentralbyrå. (2022d). 12134: Utvalgte nøkkeltall for kommuneregnskap, kommune konsern, etter region, statistikkvariabel og år.
- Statistisk sentralbyrå. (2022e). 11342: Areal og befolkning, etter region, statistikkvariabel og år.
- Statistisk sentralbyrå. (2022f). 11342: Personer i privathusholdninger med årlig inntekt etter skatt per forbruksenheter, under ulike avstander til medianinntekten, etter region, statistikkvariabel og år.
- Øverland, S., Knudsen, A.K., Vollset, S.E., Kinge, J.M., Skirbekk, V. & Tollånes, M.C. (2018). *Sykdomsbyrde i Norge 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016).* Folkehelseinstituttet.
- Zuur, A.F., Ieno, E.N., Walker, N.J., Saveliev, A.A. & Smith, G.M. (2009). *Mixed effects models and extensions in ecology with R.* Springer. <http://doi.org/10.1007/978-0-387-87458-6>

Erfaringer fra implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for posttraumatisk stresslidelse

FORFATTERE Nadina Peters, Linda Iren Rennemo, Harald Bækkelund og Karina M. Egeland

DOI <https://doi.org/10.52734/RLYX7712>



FOTO: NKVTS / KRISTOFER SANDVEN

Førsteforfatter
Nadina Peters

En betydelig andel av pasienter i psykisk helsevern sliter med posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Samtidig tilbys ikke nødvendigvis flere av behandlingsformene som har fått forskningsmessig støtte. Eksempler er Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) og kognitiv terapi for PTSD (CT-PTSD). I 2016 fikk derfor Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i oppdrag å bistå i implementering av behandling for PTSD i psykisk helsevern for voksne. NKVTS vil tilby veiledning til ledere, samt bistå i opplæring og veiledning i utredning og behandling. Den overordnede hensikten er at behandlingsmodellene blir godt integrert i tjenestene, og at pasienter med PTSD blir systematisk fanget opp.

Målet med studien var å beskrive NKVTS og ledere ved fire allmenpsykiatriske poliklinikker i Helse Nord-Trøndelag (HNT) sine erfaringer med implementeringsprosjektet. Studien har også data på hvor mange pasienter som fikk PTSD som hoveddiagnose underveis og før og etter implementeringsfasen.

HOVEDFUNN

Lederne etablerte digitale samhandlingsmøter annenhver uke der de kunne dele erfaringer og løse utfordringer. De ansatte som fikk opplæring i EMDR og CT-PTSD, fikk ekstra tid til kon-

sultasjonene med PTSD-pasientene. Lederne opprettet ukentlige kollegabaserte veiledningsgrupper på tvers av klinikkene. Noen av suksessfaktorene var å involvere alle ansatte og legge til rette for opplæring, utøvelse og veiledning. Høy utskifting av ansatte var en utfordring. Flere pasienter fikk PTSD som hoveddiagnose underveis i implementeringsperioden sammenliknet med før og etter.

METODE

To av artikkelforfatterne er veiledere ved NKVTS, og en er leder i HNT og representant for ledergruppa. Ledernes erfaringer er hovedgrunnlaget for resultatene. Studien benytter også virksomhetsdata fra de fire allmenpoliklinikkene for å kartlegge andelen pasienter som får PTSD som hoveddiagnose og andelen konsultasjoner som rettes mot PTSD. Dataene ble hentet fra tidsrommet før, underveis og etter selve implementeringen, fra årene 2017 til 2023.

IMPLIKASJONER

Studien viser erfaringer fra et implementeringsprosjekt med sikte på å øke bruken av behandlingsmetoder rettet mot PTSD i norsk psykisk helsevesen. Den tilbyr også data på diagnostisering og behandling av PTSD. ✘

Full versjon av artikkelen er publisert på nett:



Variasjonar i psykisk helsevern – status og forklaringsfaktorar

FORFATTERE Hans Johan Breidablik*, Eivind Meland*, Emma Helene Bjørnsen og Oddne Skrede

*Delt førsteforfatterskap

DOI <https://doi.org/10.52734/AMIA6472>

Norsk helsepolitikk har et viktig mål om å unngå uønsket variasjon i bruk av helsetjenestene i psykisk helse. Uønsket variasjon, altså den som *ikke* kommer av at det er større hjelpebehov og ulikheter i forekomst, skal reduseres. Det er kjent fra tidligere at både forekomst av psykisk lidelse og tilbudet i spesialisthelsetjenesten er forskjellig i ulike deler av landet. Målet med studien var å kartlegge variasjon i bruken av spesialisthelsetjenester for psykiske lidelser og ruslidelser blant kommuner i Helse Vest, og se mer spesifikt på hvordan sosiodemografiske forhold og faktorer ved kommunehelsetjenestene påvirker bruken av spesialisthelsetjenester.

HOVEDFUNN

Det var store forskjeller mellom kommunene i bruken av spesialisthelsetjenester innen psykisk helse, både for sykehusopphold og poliklinikk/dagbehandling. Høyere samlede kostnader til helse- og omsorgstjenesten i kommunene var assosiert med mindre sykehusopphold og bruk av poliklinikk/dagbehandling. Psykofarmaka og antall brukere i kommunal psykisk helsetjeneste var assosiert med høyere aktivitet i spesialisthelsetjenesten. Både forekomsten av utenforskap og høyt utdanningsnivå var assosiert med høyere poliklinikkbruk, og spredt bosetningsmønster var assosiert både

med mindre sykehusopphold og poliklinikk/dagbehandling.

METODE

Studien er en tverrsnittstudie basert på tallmateriale fra Samhandlingsbarometeret, som er en åpen kilde på nett med offentlige og aggregerte data. Det var kommunene i Rogaland og Vestland som ble inkludert. Det omfattet helseforetakene Helse Stavanger, Helse Fonna, Helse Bergen og Helse Førde. Samlet innbyggertall 1 127 000 fordelt på 67 opptakskommuner. Statistiske analyser var bi- og multivariate regresjonsanalyser.

IMPLIKASJONER

Forfatterne konkluderer med at sykелighet, ressursbruk til kommunale helse- og omsorgstjenester og sosiodemografiske forskjeller i kommunene kan relateres til sykehusinnleggelse og poliklinikk/dagbehandling i spesialisthelsetjenesten. Funnene viser ikke entydig at større ressursbruk i kommunene samvarierer med mindre bruk av spesialisthelsetjenester, selv om noen av funnene peker den veien. Relative ulikheter i kommunene der mange har høy utdanning og der mange opplever utenforskap (uten arbeid, i lære eller under utdanning), er assosiert med høyt forbruk av spesialisthelsetjenester i psykisk helsevern. ❌

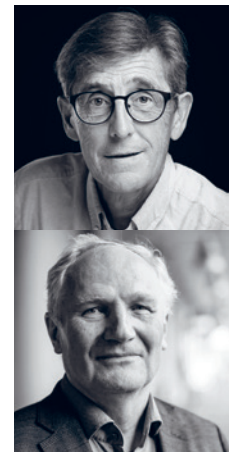


FOTO:HELSE FØRDE

FOTO:MANNSFORUM

Førsteforfattere Hans Johan Breidablik og Eivind Meland

Full versjon av artikkelen er publisert på nett:



FOTO: PRIVAT

**TEKST** Malin Fors**MERKNAD** Deler av teksten er inspirert av Fors' kommende bok *Working with interpersonal power dynamics in psychotherapy* (arb.tittel), Guilford Press.

Makten i tid – timing, rytme og tiden det tar

Timing er en fundamental etisk dimensjon i kliniske møter, uavhengig av terapimetode.

Jeg er helt sikker på at hver eneste evidensbaserte psykoteraim metode kan ødelegges av dårlig timing. Det er som med humor, enhver komiker vet at det er timingen som avgjør om en vits slår an eller ikke. Timing er det som gir flyt, gir gylne øyeblikk, sårbarhet og ekte møter med autentisitet og spontanitet. Likevel har vår faglitteratur ikke mye å si om forholdet mellom timing, tid og makt. Selv om tid er dypt politisk: Hvem eier tiden, hvilken tidsepoke er sentral, og ikke minst – hvem har en fremtid?

HVEM EIER TIDSREGNINGEN?

En illustrasjon på fenomenet er å definere tid, hvor f.eks. diktatorer har ønsket å innlede en ny tidsregning som starter med dem selv. I Nord-Korea er landets kronologi basert på president Kim Il Sung's fødselsdato, 15. april 1912. I Taiwan er det vanlig å telle år fra grunnleggelsen av Republikken Kina i 1912. Offisiell japansk kronologi er basert på hver keisers regjerings-tid. I den fascistiske tiden i Italia ble Mussoli-

ni's maktovertakelse i 1922 brukt som en ny start på et nytt kalendersystem, et forsøk som ikke varte lenge. Men også den kristne kalenderen er politisk. Den etablerer Jesu fødsel som utgangspunktet for «relevant» historie. Mills (2020) mener at tiden med det er rasifisert, og nullstiller et hvitt «Euro-kronometer». Zerubavel (2003) utfordrer tankefiguren at tid betyr progresjon og utvikling, noe som er tydelig i ordlyden om å se den vestlige verden som utviklet og sivilisert sammenlignet med folk vi fordomsfullt ser på som primitive, frosne i tiden eller uten utvikling. På samme måte hevder Sheehi (2020) at urfolk – ofte med en rasistisk undertone – blir sett på som folk fra fortiden. Den samiske politikeren Sandra Márjá West (2023) adresserte nylig i en kronikk spenningen i at urfolk noen ganger forventes å leve på en tradisjonell eksotisk måte frosset i fortiden og ikke ta del i den teknologiske utviklingen. Men tid og makt er ikke bare relevant som kronopolitikk (*chronopolitics*) og identitetsspørsmål i psykoteraim. Maktdimensjonen gjelder også i behandlingssystemet og terapien. Hvordan ser vi på tiden, timingen og ikke minst *ventingen* i behandlingssystemet og i terapi?

TID SOM ETIKK

Mennesker vil ofte snakke seg ferdig, tale fritt, dele sine tanker, følge sin egen rytme. Timing er i grunnen relasjonell. Timing er det som går an å bruke som varsomhet, omtenkksomhet og mentalisering av den andre. Det å bli gjenkjent, skjønt og gjensidig sett (Benjamin, 1995), med respekt



ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK

for sitt temperament, sitt tempo og sin rytme. Og ikke motsatt, som i Greenes manipulerende forslag. Robert Greene (1998) foreslår at én vei til makt er å mestre kunsten til *timing*. Å sørge for at andre må vente på deg, eller å få andre til å forte seg kun fordi du er den som bestemte det. Å manipulere andres opplevelse av tid, å definere tid eller fortelle når tiden er slutt. «Use speed to paralyze your opponent, cover up mistakes you might make, and impress people with your aura of authority and finality» (Greene, 1998, s. 298).

Hvis man tar Greenes forslag alvorlig om at den som eier tiden, eier makten, så ser vi et nytt mulig etisk landskap; hvem venter på hvem, og hvordan forholder vi oss til *timing*? Hvordan kan vi hjelpe mennesker med å eie ikke bare sin historie og fremtid, men også sin egen rytme og tredimensjonale tid? Det er politikk i ventelister og ytre definisjoner av hvor lange pasientforløp kan vare. Hvor kjapt må du gråte, lille venn? Hvor kjapt må du forte deg fra sykemeldingen din? Hvor mange pasienter kan du se på én dag, og hvor lang tid får du på å skrive et journalnotat? Og ikke minst, hvilken tidsbruk får du lov å registrere og ikke? Og husk: Det blir dårlig stemning om du registrerer tidsbruken på selve registreringen.

TIMING SOM MENTALISERING

Vi er kjent med problemstillingen om å ikke levere premature tolkninger, selv om vi kanskje mislykkes iblant. Vi vet vi skal time intervensjoner for å holde pasienter innenfor et vindu av affekttoleranse, og at det er dårlig »



Å mestre timing kan bety å kontrollere andre, eller å faktisk se dem

timing å snakke for mye til borderlinepasienter i sterk affekt eller i ruspåvirket tilstand. Likevel mener jeg at *timing* i klinikk er altfor lite diskutert. Timing i skjemabruk, for eksempel. Pasienter forteller om at de droppet ut av behandlinger fordi de ikke klarte å *holde ut* at noen annen ikke bare definerte at man måtte bruke tid på endeløse skjemaer, men også fordi de opplevde skjemautfylling som totalt meningsløst. Mest var de irritert *på selve timingen*. De ønsket *først* å bli kjent eller få fortelle om sine problemer med egne ord. De ønsket at deres tid var omsorgsfull og tredimensjonal og ikke styrt av en Greenes versjon av en følelse av endelighet i en beslutning, noe som allerede var bestemt. Ofte hadde de fått et skjema i fjeset i dette første spesielle møtet, hvor de hadde planlagt i ukevis hva de skulle dele av vanskelige hemmeligheter. Ikke noe av det de forbedre og ønsket at de skulle tørre å si, fikk de sagt. Dårlig timing blir en avvisning, en invalidering eller til og med et ikke-møte.

Andre timingsvansker virker å oppstå i intervensjoner som *psykoedukasjon*. Jeg synes det er rart: Jeg har lest uendelige journalnotater om *at* intervensjonen *psykoedukasjon* er foretatt, men ikke et eneste notat om *vurderingen av timingen* for den. Samtidig gnager et ekko av sørgelige historier i mine ører om hvor grusomt det har vært å motta psykoedukasjon, ofte om noe de allerede visste, *på et dårlig valgt tidspunkt*. Jeg husker spesielt pasienten med hjerteplager som fikk den obligatoriske hjerte-

bankspraten når han prøvde seg på den umulige oppgaven å si at det var noe feil med hjertet hans, når han var innlagt på en DPS. Uten å ta tid til å lytte, eller forsikre seg om at timingen var den riktige, ble den standardiserte psykoedukasjonen utløst, og den vekket like mye interesse som flyvertinnenens sikkerhetsdemonstrasjon. Bla, bla, bla, nå peker de den veien, bla, bla, snart sier de pust i trekant, firkant eller angstens habituering. Bingo, alle ordene kom med.

Den mest meningsløse intervensjonen jeg har vært borte i, var psykoedukasjon som svar på et akutt suicidalt ønske hos en pasient i akutt krise. Et ønske om å dø er neppe et informasjonsproblem. Og hva skulle *informasjonen* være om man virkelig ønsker å dø: et eksistensialistisk «Ja, det stemmer, livet har ikke mening, du må fylle det med mening selv»? Få saker i terapi er i grunnen et informasjonsproblem, og innsikt er nok en av de dimensjonene som har blitt mest overvurdert i en rekke terapiretninger. Likevel fører dårlig timing noen ganger til at det som kunne vært fint ved et annet tidspunkt, isteden fremstår som mansplaining. Timing er kanskje den viktigste etiske dimensjonen i kliniske møter uansett terapimetode. Timing kan åpne nye hav eller stenge, irritere og kontrollere. Å mestre timing kan bety å kontrollere andre, eller å faktisk se dem. Timing, rytmen og tiden det tar, er i grunnen en etikk, et eget lekefullt univers (Winnicott, 2005/1971). ❌

REFERANSER

Benjamin, J. (1995). *Like Subjects, Love Objects*. Yale University Press.

Greene, R. (1998). *The 48 laws of power*. Viking Press.

Mills, C.W. (2020). The chronopolitics of racial time. *Time & Society*, 29(2), 297-317. <https://doi.org/10.1177/0961463X20903650>

Sheehi, L. (2020). The Reality Principle: Fanonian Undoing, Unlearning, and Decentering: A Discussion of «Fanon's Vision of Embodied Racism for Psychoanalytic Theory and Practice». *Psychoanalytic Dialogues* 30(3), 325-330. <https://doi.org/10.1080/10481885.2020.1744972>

West, S.M. (2023, 7. desember). Alle samer skal ned. *Nordnorsk debatt*. <https://www.nordnorskdebatt.no/alle-samer-skal-ned/o/5-124-280607>

Winnicott, D.W. (2005/1971) *Playing and Reality*. Routledge.

Zerubavel, E. (2003). *Time Maps: Collective Memory and the Social Shape of the Past*. University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226924908.001.0001>

Vil du skrive for Psykologtidsskriftet?

FOTO: GLENN CARSTENS/PETTERS/CONSPASH

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:



Meninger

DEBATT

Teoritørste samfunns- og allmennpsykologer

Samfunns- og allmennpsykologer trenger helhetlige teoretiske rammeverk for å forstå samfunnet de arbeider i, og deres egen rolle i å påvirke det.



TEKST Simen Marenius Ekelund



FOTO: PRIVAT

KONTAKT
simenmarenius@gmail.com

MERKNAD
Ingen oppgitte interessekonflikter

I FEBRUARUTGAVEN AV Psykologtidsskriftet skrev Helén Ingrid Andreassen (2024) at de obligatoriske kursene i spesialiseringen for samfunns- og allmennpsykologi mangler helhet og sentrale teoretiske tilnærminger til faget. Jeg kjenner meg godt igjen i innlegget hennes. Til tross for en imponerende *bredde* i kursrekken etterlyser vi som har valgt denne spesialiseringen, kanskje *dybden* i hva samfunns- og allmennpsykologi kan være. I sitt tilsvarende forklarer Fagutvalget for spesialiseringen (2024) blant annet at kunnskapsfeltet er for omfattende, og forhåndskunnskapene til psykologer for ujevne, til at det enkelt kan defineres noen form for kunnskapsnivå for kursene.

HISTORIELØSE PSYKOLOGER

Når fagutvalget videre skriver at de går vekk fra kunnskapsnivå som mål til fordel for *ferdighetsnivå*, blir jeg urolig. Det oppleves som et ledd i en mer generell trend i samfunnet, der praksis, atferd og ferdigheter blir en mer verdifull valuta enn teori og kunnskap. Der man blir mer opptatt av det konkrete og målbare fremfor det som bidrar til forståelse, refleksjon og nysgjerrighet.

Jeg bekymrer meg for at psykologer i en slik kultur står i fare for å bli historieløse, og at vi mister en nødvendig kritisk holdning til både vårt eget fag og samfunnet rundt oss. For særlig samfunns- og allmennpsykologer må dette sies å være prekært.

Så hvordan velge blant mangfoldet av mulige teoretiske rammeverk? Jeg mener at fagutvalget bør vurdere hvilke overordnede problemstillinger som er relevante for kulturen samfunns- og allmennpsykologer arbeider i. Som en forsøksvis anbefaling til kursrekken ønsker jeg å kort beskrive kritisk teori, som var et produkt av den såkalte Frankfurt-skolen som eksisterte rundt midten av forrige århundre. Tenkere i denne tradisjonen inkluderer Max Horkheimer, Theodor Adorno, Erich Fromm og Herbert Marcuse.

KRITISK TEORI

Essensen i kritisk teori er hvordan vårt kapitalistiske og materialistiske samfunn ikke dekker, og ofte fordreier, våre menneskelige behov. Det som gjør oss til mennesker – vår selvopplevelse, våre relasjoner, vår ubevisste dynamikk – utnyttes til fordel for markedskrefter. Slike

krefter etterlater oss med en form for falsk frihet, der vi føler at vi er vår egen lykkes smed, men hele tiden beveger oss i psykososiale mønstre betinget av en kultur tuftet på kjøp og salg (Marcuse, 1964). I en slik kultur fremmedgjøres mennesket fra seg selv. Vi etterlates med en vag tomhet vi aldri helt greier å fylle, hvor enn mye vi konsumerer. Psykologer som faggruppe står i fare for å vedlikeholde denne kulturen, all den tid terapi kan bli et virkemiddel for å forsterke søkelyset på *individuelle* fremfor *samfunnsmessige* utfordringer og løsninger (Madsen, 2017).

Det er ikke gitt at analyser fra midten av forrige århundre er relevante i dag. Men trendene tenkere innenfor denne tradisjonen bekymret seg for, har etter mitt syn bare blitt mer aktuelle med årene. Teorien ble utformet lenge før teknologiske nyvinninger i form av smarttelefoner, sosiale medier, algoritmer og kunstig intelligens kom på bordet og eksploderte mulighetsrommet for hvordan markedet påvirker menneskers tanker, følelser og handlinger.

ÉN AV FLERE TILNÆRMINGER

Kritisk teori kan gi et utgangspunkt for en større teoretisk sammenheng i kursrekkene. Men er disse perspektivene viktigere enn andre brede teoretiske rammeverk med relevans for samfunns- og allmennpsykologi? Kanskje ikke, og andre debattanter står fri til å argumentere mot meg. Uansett tror jeg kritisk teori er én av flere tradisjoner som kan gi veiledning i mange av de spørsmålene som trekker kunnskapssøkende psykologer mot spesialistutdanningen i samfunns- og allmennpsykologi. Psykologer som ønsker å integrere teori og praksis ikke bare for å hjelpe mennesker som lider i et samfunn, men også forstå hvordan vi kan endre samfunnet der lidelsen påføres.



I en slik kultur
fremmedgjøres
mennesket fra seg selv

REFERANSER

Andreassen, H. I. (2024). Spesialiseringen i samfunnspsykologi trenger omlegging. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(3), 188–189. <https://psykologtidsskriftet.no/meninger-debatt/2024/02/spesialiseringen-i-samfunnspsykologi-trenger-omlegging>

Fagutvalget for samfunns- og allmennpsykologi. (2024). Spesialiseringen i samfunns- og allmennpsykologi er i stadig utvikling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(6), 404–405. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2024/05/spesialiseringen-i-samfunns-og-allmennpsykologi-er-i-stadig-utvikling>

Madsen, O. J. (2017). *Den terapeutiske kultur*. Universitetsforlaget.

Marcuse, H. (1964). *One-Dimensional Man*. Routledge.



Jill Thomson 20 24

Ukulturen i teorispesifikk seleksjon og behandling

Å arbeide teorispesifikt fordrer et sterkt fagetisk ansvar, for å unngå at pasienten selv ender opp som forklaringen på manglende hjelp eller endring.

I DETTE INNLEGGET ønsker jeg å rette oppmerksomheten mot hvilke konsekvenser det kan få dersom seleksjonsprosessene i spesialisthelsetjenestene baserer seg på teorispesifikke metoder. Å selektere pasienter som passer til metoden, kan etter min erfaring redusere mulighetene for et variert og likeverdig terapi-tilbud og øke risiko for etiske overtramp. I verste fall kan den psykiske helsen hos den som søker hjelp, forverres.

PROBLEMET BLIR AVVISNINGSGRUNN

For en tid tilbake kom jeg i snakk med en person som hadde vært gjennom et opphold ved Modum Bad, som fortalte følgende: «Det var som å være med i et realityshow hvor jeg måtte konkurrere om en plass og leve med frykten for å bli slått ut.»

Modum Bad oppgir på sine nettsider å ha behandlingstilbud ved sine døgnavdelinger for angstlidelser, depresjon, spiseforstyrrelser og

traumer, i tillegg til å ha egne avdelinger for par- og familiebehandling. Tilbudet defineres med andre ord ut fra tilstand og problem pasientene måtte ha. Videre er pasientforløpet ved avdelingene delt i to, med unntak av tilbudet til par og familier. Første periode er en utrednings- og avklaringsinnleggelse. En rekke saksforhold utredes i denne perioden, blant annet spørsmål om pasientens motivasjon. I løpet av eller ved avslutning av denne første perioden, foretar personalet beslutninger om personen kan gå videre til neste periode i et fullt behandlingsopplegg (Modum Bad, 2024).

Personen jeg snakket med, fortalte at 10–11 personer gikk inn i første periode og rundt halvparten av disse ble «slått ut», som vedkommende omtalte det. Personen opplevde at begrunnelsen Modum Bad brukte for å ikke gi et videre behandlingstilbud, var at pasienten ikke klarte å avstå fra et av sine problem. Min erfaring er at slike begrunnelser for ikke



TEKST Rolf Sundet

KONTAKT

rolf.sundet@usn.no

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter. Personen som er omtalt, har samtykket til at teksten publiseres.

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen





Viser problemet seg, er pasienten ett steg nærmere å bli «slått ut»

å gi eller for å trekke tilbake et tilbud, forekommer flere steder i spesialisthelsetjenesten: Den rusavhengige som mister sin plass ved «sprekk», den som sliter med et spiseproblem og som ikke spiser nok, den som unngår det man må eksponeres for, eller den som ikke ønsker å snakke om det som er vanskelig. Viser problemet seg, er pasienten ett steg nærmere å bli «slått ut».

UKULTUR I FAGFELTET

Min erfaring fra å samarbeide med enkeltpersoner og familier som har blitt avvist gjennom slike seleksjonsprosesser, er at «manglende motivasjon» og varianter av «utilgjengelighet» går igjen som begrunnelse, selv om disse ikke nødvendigvis kommuniseres direkte. Fra mitt virke mener jeg å identifisere en gammel (u)kultur fra psykiatrien. Blir pasienten hjulpet, forklares det med metoden og dens teori. Får ikke pasienten hjelp, forklares det med pasientens manglende motivasjon eller nyere oppfinnelser som «manglende mentaliseringsevne» eller andre teoretiske begrep. Jeg har gjennom årenes løp erfart en sterk dominans av en slik (u)kultur i mange deler av fagfeltet. Håpet mitt har vært at dette er historiske holdninger som er forlatt. Spørsmålet jeg ønsker å stille, er om Modum Bads inntakspolitikk bare er en moderne form for denne (u)kulturen?

Andre teorispesifikke metoder hvor jeg finner noe av det samme, er for eksempel i «4-dagers behandling» for OCD-pasienter i Bergen. Klinikken skriver på sine nettsider at pasienten selv må «... ha tatt et valg om å bli kvitt lidelsen og gå fullt inn for dette» (Helse Bergen, 2024). Et annet eksempel er klinikker som tilbyr dialektisk atferdsterapi (DBT), hvor man i inntakssamtaler drøfter tema som «... motivasjon, praktiske hindre for å møte opp, hvilke symptomer du har og grad av funksjonssvikt» (Oslo universitetssykehus, 2024). Fra veiledningssammenhenger har jeg gjentatte ganger møtt på historier om at pasienter har blitt avvist innenfor DBT fordi de angivelig har hatt for svak motivasjon.

ETISK PROBLEMATISK

Jeg har aldri møtt noen som ikke velger å bli kvitt sitt problem, ei heller personer som ikke er motiverte når de søker hjelp. Men jeg har møtt personer som ikke får til det de velger. Noen pasienter er motivert for noe annet enn meg. Begge er gode utgangspunkt for terapi. Min erfaring fra familier og enkeltpersoner som har vært utsatt for inntaksvurderinger som jeg har beskrevet over, kan eksemplifiseres med følgende utsagn: «Det er som om jeg mangler noe, at jeg ikke er tilstrekkelig god nok.» Spørsmålet blir hva slike seleksjonsmetoder gjør med pasienten? Psykiske lidelser angriper selvfølelsen. Derfor er det sterkt problematisk, både behandlingsmessig og etisk, å kommunisere at det er en mangel hos pasienten, der vi vet at metoder ikke hjelper. Ingen metode passer alle. All forskning som anvender randomiserte studier, har vist at det er en andel som ikke får hjelp. Teorispesifikke terapimetoder har denne skyggesiden som blir oversett i behandlingstilbudene. Vi trenger å ha et overblikk på hva vi gjør når vi bruker disse metodene, og hvordan vi formidler at en person ikke selekteres inn i tilbudet.

PASIENTSKADELIGE INNTAKSORDNINGER

Jeg er ingen motstander av Bergens-modellen, dialektisk atferdsterapi, Modum Bads behandlingstilbud eller andre teorispesifikke metoder. De

hjelper mange og ofte flere enn de ikke hjelper. Hvis metodens teori danner grunnlaget for å avvise en pasient, derimot, står metoden i fare for å skape pasientskadelige effekter. Redusert selvfølelse og tap av håp er lite hjelpsomt for en fortvilet pasient med en psykisk lidelse som allerede fra før dominerer sterkt. Fra mitt ståsted er det derfor avgjørende å sette søkelys på mulige pasientskadelige effekter ved inntaksordninger som vektlegger pasientens påståtte mangelfulle motivasjon, at pasienten angivelig ikke har tatt et valg, eller andre teorispesifiserte pasientaspekt som fører til avvising. Mentaliseringsbegrepet tydeliggjør utfordringen her.

En tabloid forståelse av mentalisering er å se den andre innenifra og seg selv utenifra. Manglende mentalisering innebærer derfor å se den andre utenifra, for eksempel gjennom et teoretisk begrep som nettopp mentalisering, og seg selv innenifra, eksempelvis med frustrasjon over at pasienten ikke gjør det vedkommende burde, gitt teorien. Faren ved teori om pasienten som forklaring på manglende endringer er for det første at pasienten gjøres til et objekt. For det andre at alle andre sider ved personen og dennes livssammenheng lett ekskluderes og personen som subjekt reduseres til en kategori (mangler evne til mentalisering). Ironisk nok innebærer selvfølgelig mitt innspill om mentaliseringsbegrepet at jeg ender med å redusere de som anvender dette begrepet som

seleksjonskriterium, på samme måte. Ingen av oss slipper unna.

HÅP OM LIKEVERDIGE TILBUD

Teorispesifikke psykoterapier angir hvorfor problem og lidelse oppstår, og hva som må gjøres for å skape endring. De angir frampek på hva pasienten må gjøre for å oppnå endring. Kan ikke pasienten utføre det som kreves, vil pasienten selekteres ut. Dette synliggjør farene ved ensidig å vektlegge teorispesifisitet. Når metoden defineres som «virksom», er det lett å overse at metoden faktisk ikke alltid passer. I stedet identifiseres pasienten som grunn for metodens tilkortkommenheter. For psykisk helsevern er dette veien til et tilbud uten likeverd.

Et likeverdig helsevesen innebærer å forstå mangel på endring som en metodisk utfordring som må arbeides med, ikke som en mangel hos pasienten. Å arbeide teorispesifikt innebærer derfor et særlig etisk og faglig ansvar for at pasienten selv ikke ender opp som forklaring på manglende endring og for at hjelpen ikke hjelper. Utvikling av psykoterapifeltet er følgelig avhengig av å utvikle måter å forstå psykoterapi på som inkluderer både de som faller innenfor, og de som faller utenfor teorispesifikke metoder, hele tiden med øye for hva vi som terapeuter gjør med pasienten. Håpet er at vi i framtiden ikke bare kan snakke om et likeverdig tilbud, men også et mentaliserende tilbud. ✕



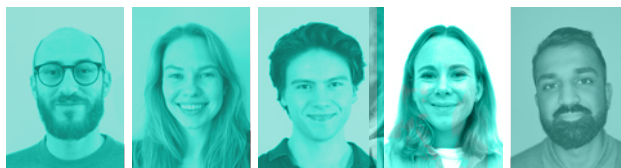
Et likeverdig helsevesen innebærer å forstå mangel på endring som en metodisk utfordring

REFERANSER

Helse Bergen (2024). *Klinikk for 4-dagers behandling (B4DT)*. <https://www.helse-bergen.no/avdelinger/psykisk-helsevern/kronstad-distriktpsikiatriske-senter/klinikk-for-4-dagers-behandling-b4dt/4-dagers-behandling-b4dt/>

Modum Bad (2024). *Hva behandler vi?* <https://www.modum-bad.no/behandling/>

Oslo universitetssykehus (2024). *Dialektisk atferdsterapi (DBT) for voksne ved gruppepoliklinikken – Søndre Oslo DPS*. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/dialektisk-atferdsterapi-dbt-for-voksne/>



SILJE STEVENS er spaltist i septemberutgaven.

Long covid og utmattelse – ulik grad av stigma

Hva en lidelse kalles kan ha stor betydning og øke tilfriskningstroen hos den det gjelder.

KONTAKT silje.stevens@gmail.com

september 2023 var jeg i Oslo for å feire en 30-årsdag. Helgen bestod av lange kafébesøk, fest, dårlig nattmat og etterlengtede samtaler. Det har senere vært rart å tenke tilbake på at denne fine, men på mange måter ordinære helgen skulle være den siste på åtte måneder hvor jeg hadde såkalt «normal funksjon». For det var denne helgen jeg ble smittet av koronavirus, og ikke greide å komme meg igjen.

UTSLITT, LYDSENSITIV OG MIGRENE

Hver gang flere snakket i munnen på hverandre, eller musikk ble spilt, begynte jeg å svette som i sterk feber. Lydene liksom vokste seg store, og det gjorde fysisk vondt. Migrenen jeg fikk, kjentes ut som om noen kjørte en machete gjennom skallen min. Jeg strevde med å tenke klart og følte meg fullstendig utslitt. Jeg leter fremdeles etter et bedre ord for å beskrive den utslittheten, for det kjennes ikke ut som å være søvn-deprivert eller som etter hard trening. Men jeg har ikke klart å finne det.

Kort sagt har long covid vært det mest klaustrofobiske jeg har opplevd. En følelse av å ikke tåle noen ting og å sitte fast i egen kropp. Enhver aktivitet gjorde meg dårlig, og jeg lurte på hvordan kroppen min kunne svikte så totalt uten at det syntes på en eneste blodprøve eller helsesjekk. Jeg gikk opp i vekt, stod utenfor arbeidslivet og så inn i de samme fire veggene uke etter uke (etter hvert måned etter måned).

UTBRENTHET, ME ELLER LONG COVID

Jeg bruker begrepet long covid i denne teksten, men så vidt jeg vet, er det ikke en offisiell diagnose. Jeg bruker det likevel her, for å fremheve et poeng om at hva vi velger å kalle noe, kan ha betydning. Det egentlige navnet er «post viral fatigue», eller «post-infeksiøs utmattelse». Dette er en sekkediagnose som viser til hvordan en infeksjonssykdom kan føre til langtidssymptomer. Det er også antatt at kronisk utmattelsessyndrom (CF/ME) kan være en post-viral sykdom. Når jeg har slått opp

NYE STEMMER

En spalte hvor yngre psykologer deler sine betraktninger fra fagfeltet.



FOTO: MONIKA KLUZA / CREDIT PLAINPICTURE

diagnosekriteriene for CF/ME («canada-definisjonen», ME-foreningen, 2016), ser flere av symptomene svært overlappende ut med long covid. En hovedforskjell er likevel at en må ha hatt symptomer i mer enn seks måneder for å kalle sykdommen for ME, mens de britiske NICE-retningslinjene definerer long covid etter tre måneder (NHS England, u.å.). Slik jeg har forstått det, er det også dette vi forholder oss til i Norge.

Utbrenthet virker også å ha overlappende symptomer med long covid. Da jeg var på rehabilitering, ble jeg fortalt at de som rammes av long covid, ser ut til å være personer i sin travleste livsfase. Legen min gav eksempler på at pasientene ofte er småbarnsforeldre eller personer tidlig i karrieren sin. Hun hadde for eksempel ikke sett en eneste pensjonist med long covid. Hun fortalte også at de fleste pasientene med long covid hadde opplevd andre belastende livshendelser parallelt med infeksjonen. Selv kjente jeg meg igjen i legens beskrivelser. Når jeg har reflektert over hvorfor jeg ble så syk, har jeg tenkt at det trolig handlet om at jeg sto i en belastende livssituasjon, og at dette i kombinasjon med covid-infeksjon ble for mye for mitt immunforsvar. Jeg har også en historikk med å bli ganske syk av både covid og covid-vaksinene. Det har bare aldri vart så lenge som det gjorde nå.

Som psykolog vil jeg samtidig innrømme at jeg er svært klar over hvilken målgruppe jeg skriver denne teksten for, noe som kanskje påvirker refleksjonene jeg gjør i avsnittet over. Jeg vet at den rådende opp- »

”

... jeg tror ikke jeg er
alene om å ha disse
forestillingene



Det har også vært viktig for meg at fagpersoner formidlet håp

fatningen av utmattelsesykdommer i fagfeltet vårt nettopp er at de kommer av psykisk belastning i kombinasjon med en infeksjon eller somatisk sykdom. En del av meg lurer på om long covid kan være noe kvalitativt annerledes enn andre utmattelsesykdommer, om det kanskje finnes en komponent ved covid-sykdommen som gir de symptomene jeg opplevde – og at stress eller livsbelastning ikke er kjernen.

Når jeg nå skal reflektere omkring hvorvidt det er hensiktsmessig å skille utbrenthet og long covid, vil et faglig svar kanskje være at de godt kan forstås som det samme. Jeg er likevel svært lettet for at jeg har kunnet kalle det jeg hadde, for long covid. Og jeg har lyst til å bruke litt tid på å forklare hvorfor.

HELENDE MERKELAPP?

Foruten at diagnosen har gitt meg tilgang til rehabilitering, opplever jeg at long covid er den minst stigmatiserte diagnosen innenfor utmattelsesykdommer. Jeg har selv opplevd at det er enkelt å være åpen med arbeidsgiver og dem rundt meg om hva jeg strever med. Jeg har for eksempel møtt helsepersonell som sier at andre lignende tilstander er «typisk for pasienter som ikke vil på jobb», men at long covid er «noe annet». Jeg skammer meg over å ha nikket anerkjennende til denne kommentaren, og følt lettelsen over å ikke bli plassert i latenskapskategorien.

Før jeg ble syk, skal jeg også innrømme å ha tenkt at ME fremstod som den verste sykdommen, både fordi den høres helt forferdelig ut å ha, men også fordi det virker som folk aldri blir friske. I tillegg er det tidvis steile fronter mellom brukerorganisasjoner og fagfolk, og jeg fryktet å få en merkelapp det er så mye kontrovers omkring. Så da jeg først ble syk, var jeg oppriktig bekymret for at legen min skulle si at jeg hadde ME. Long covid, derimot, gir meg assosiasjoner til noe som *tar slutt*. Man blir smittet, så blir man frisk, selv om navnet long covid i seg selv er litt demotiverende. Men kanskje ikke like demotiverende som *kronisk* fatigue. Og jeg tror ikke jeg er alene om å ha disse forestillingene.

Jeg lurer på om selve merkelappen jeg fikk, kan ha hatt en helende effekt i seg selv. Både fordi den gav meg tilgang på spesialisert behandling (rehab), der jeg møtte fagpersoner som forstod mine utfordringer, men

også fordi jeg tror jeg ble møtt med mer forståelse fra mine omgivelser enn jeg ville gjort dersom jeg hadde en annen utmattelsesykdom. Og kanskje dette også kan henge sammen med min leges hypotese om at pasienter i long covid-gruppen fremstår å ha noe høyere «tilfriskningstro» enn andre pasientgrupper med utmattelsesykdommer.

Når alt dette er sagt, kan jeg ikke utelukke at måten jeg har blitt møtt på, også kan handle om andre faktorer som min yrkesbakgrunn og taleførhet – at jeg fremstår ressurssterk og blir forfordelt eller møtt annerledes på bakgrunn av dette. I tillegg skal jeg innrømme at jeg i møte med helsepersonell ble opptatt av hvordan jeg fremstod. Jeg ønsket ikke å virke som «en typisk pasient med utmattelsesykdom» (her spilte mine egne fordommer inn), og jobbet nok litt ekstra hardt for å fremstå faglig, rasjonell, avslappet og ikke-nevrotisk.

MER TILFRISKNING MED MINDRE STIGMA?

Jeg har vært heldig og møtt forståelsesfulle helsepersonell i hele sykdomsperioden min. Jeg var likevel ganske oppmerksom på hvordan de jeg møtte, snakket om utmattelse, og fryktet fordommer. Kanskje også fordi jeg selv har hatt fordommer om utmattelsesykdommer. For meg var det først på rehabilitering at jeg møtte helsepersonell som hadde spesifikk kompetanse på utmattelse, og som jeg opplevde at jeg kunne snakke helt fritt med uten å føle at jeg måtte være fagperson og flink pasient samtidig.

Og selv om den opplevelsen av å føle seg forstått på rehab kan handle vel så mye om meg og mine forestillinger, tror jeg også de ansatte på rehabilitering var særlig gode på å møte pasienter med verdighet og arbeide på en måte som forebygget stigma. Så selv om jeg på rehab ikke nødvendigvis lærte så mye nytt om hvilke verktøy jeg burde bruke, gikk bedringen min mye raskere etter at jeg kom i kontakt med dem. Dette kan ha vært tilfeldig, men jeg synes likevel det er interessant.

Samtidig tror jeg andre faktorer er viktige for tilfriskning. Eksempler på dette kan være «trappetrinnsmodellen» for aktivitetsøkning, å få innvilget sykemelding over tid og å ha gode fagpersoner rundt seg. For meg har det kanskje også hjulpet at jeg er opplært i å være «systemguide». Jeg har for eksempel selv funnet ut av hvilke medisiner og behandlingstilbud som

kan være virksomme, og foreslått dem for min fastlege, som har innvilget mine forespørslers.

KRAFTEN I HÅPET

Det har også vært viktig for meg at fagpersoner formidlet håp. Særlig etter å ha sittet fast i egen kropp uke etter uke, samtidig som man i svake øyeblikk meldte seg inn i dystre Facebook-grupper der folk skildrer årevis med sykdom uten tilfriskning. Jeg husker legen min sa at hun trodde jeg kom til å bli frisk innen juni 2024, og dette var så uendelig viktig. Selv om jeg rasjonelt forstod at dette var vanskelig å predikere, var den formidlingen av håp så betydningsfull.

Og interessant nok er jeg i 80 % jobb i juni 2024. Jeg greier å jogge, være sosial og trenger ikke like mye hvile som tidligere. Aldri før har jeg satt så stor pris på å greie å sitte i en lunsjpause med overlappende samtaler, eller ta en kaffe på kafé. Men aller mest er jeg takknemlig for at det var nettopp long covid jeg fikk – og ikke en av de andre utmattelsesykdømmene. Og dette syns jeg i seg selv er interessant. ✕

REFERANSER

Johannessen, T. (2022). Long covid gir oss ny kunnskap om postvirale syndromer. *NHI.no*. <https://nhi.no/for-helsepersonell/fra-vitenskapen/long-covid-gir-oss-ny-kunnskap-om-postvirale-syndromer>

ME-foreningen (2016). *Definisjon av myalgisk encefalopati (ME) – til klinisk bruk 'Canada-definisjonen'*. <https://www.me-foreningen.no/wp-content/uploads/2016/09/Canada-kriteriene.pdf>
NHS England (u.å.). Post-COVID syndrome (long COVID). <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/post-covid-syndrome-long-covid/>

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.

ANMELDT: BOK

Etterlengtet behandling for «den forsømte lidelse»

Pedagogisk og detaljert om mentaliseringsbasert terapi for pasienter med engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse.



BOK *Mentaliseringsbasert terapi (MBT) for engstelig unnvikende personlighetsproblematikk - en behandlingssguide*

FORFATTERE

Aleksander Husby Carlsen og Henning Jordet

ÅR 2024

FORLAG

Fagbokforlaget

SIDER 215

ANMELDT AV Tone

Normann-Eide, Nydalen DPS

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

DET HAR I de senere årene vært en stadig økende interesse for pasienter med engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse, noe som foreløpig har resultert i to oversiktlige og leservennlige fagbøker. I 2019 utga Nanna Lund Nørgaard og Sebastian Simonsen boken *Den ængstelige personlighet* i Danmark, mens Theresa Wilberg og Ingeborg Eikenæs i 2022 skrev *Å ønske, men ikke våge. Om engstelig unnvikende personlighetsproblemer*, som inntil nå var den eneste norske fagboken om denne personlighetsforstyrrelsen. Dette har vært viktige bidrag til å sette søkelyset på mennesker med «den forsømte lidelse», som de fleste av oss vil møte på i offentlig psykisk helsevern, men som sjelden lager støy i form av følelsesutbrudd eller klagesaker, slik vi kan oppleve med andre pasientgrupper. Mennesker med engstelig unnvikende personlighetsproblemer går bokstavelig talt ofte stille i dørene og bærer mye av sin lidelse i ensomhet.

Nå har psykologspesialistene Aleksander Husby Carlsen og Henning Jordet skrevet en bok som retter seg mot å forstå og behandle engstelig unnvikende personlighetsproblematikk (UvPF) innenfor rammene av mentaliseringsbasert terapi (MBT). MBT er i utgangspunktet utviklet for behandling av pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, men har også vist seg å være en frukt-

bar tilnærming for pasienter med mer blandede og unnvikende personlighetsproblemer. Blant annet har et engasjert fagmiljø i Vestfold over mange år videreutviklet og tilpasset MBT-modellen for å behandle pasienter med UvPF. Det er med utgangspunkt i denne såkalte «Vestfoldmodellen» at boken har blitt til. Forfatterne har et ønske om at boken kan stimulere til å gjøre studier som kan undersøke behandlingseffekt av (tilpasset) MBT for denne pasientgruppen, noe det foreløpig er lite dokumentasjon på.

DETALJERT OPPSKRIFT

Boken består av i alt 16 kapitler fordelt på tre deler. Del 1 har søkelys på hvordan vi kan forstå engstelig unnvikende personlighetsproblematikk i et mentaliseringsperspektiv. Del 2 gir en generell innføring i noen av grunnprinsippene for mentaliseringsbasert terapi, mens del 3 gir en oversikt over hvordan MBT kan tilpasses og skreddersys for engstelig unnvikende personlighetsproblematikk. Vi presenteres tidlig i boken for tre ulike kasuistikker som illustrerer noen av de mest karakteristiske kjennetegnene hos mennesker med UvPF. Disse tre kasuistikkene blir brukt gjennom boken som eksempler på hvordan unnvikende personlighetsproblemer kan se ut i klinikken, og hvilke utfordringer vi typisk kan møte på, samt hvil-





... til hjelp for alle som skal starte opp med MBT for unnvikende personlighetsproblemer

ket potensial som ligger i å nærme seg denne pasientgruppen innenfor en mentaliseringsbasert forståelsesramme.

Hovedmålsettingen i MBT er å øke mentaliseringsevnen hos pasientene. Rasjonalet bak dette er en antagelse om at økt evne til mentalisering vil påvirke grad av følelsesbevissthet, identitetsopplevelse og relasjonell fungering i positiv retning, og relativt uavhengig om man har mer episodisk mentaliseringssvikt – som vi typisk ser hos pasienter med emosjonelt ustabil PF – eller mer kroniske mentaliseringsvansker, som er mer karakteristisk for pasienter med unnvikende PF. Carlsen og Jordet legger seg relativt tett opp til de allerede eksisterende MBT-manualene av Sigmund Karterud og medarbeidere, og forstår UvPF ut ifra hans personlighetsteori, den såkalte *TAM-modellen* (temperament, tilknytning (Attachment), mentalisering). Her får vi presentert en ganske detaljert oppskrift som er forankret i teori og praksis innenfor MBT-tradisjonen, samtidig som vi blir introdusert for noen nye intervensjoner som er særlig relevant for UvPF, for eksempel å legge vekt på «ikke-hendelser» (hva bidro til unnvikelsen) eller «stillasering» (at terapeuten kommer med forslag til mulig indre opplevelser). Særlig kapittel 6 og 7 er veldig pedagogisk lagt opp, med en gjennomgang av de ulike leddene i MBT-manualene og hvordan disse kan tilpasses og skåres overfor denne pasientgruppen. Dette vil være nyttige verktøy i opplæring og veiledning av kommende MBT-terapeuter.

Inntrykket etter å ha lest boken er at dette er en bok som vil være til hjelp for alle som skal starte opp med MBT for unnvikende personlighetsproblemer, eller som er nysgjerrig på hvordan vi kan tilpasse MBT-formatet til denne pasientgruppen. Boken er relativt lettlest, men kan for utenforstående ha et tidvis noe tungt akademisk språk, selv om forfatterne også redegjør for mange anvendte fagbegreper underveis. Hvis jeg skulle plukke på noe, er det noe med den litt kjølige tilnærmingen som jeg synes gjennomsyrrer boken. Jeg savner å få en opplevelse eller forståelse av hvor emosjonelt smertefullt det kan være for mange med en engstelig unnvikende personlighetsstruktur å leve med de utfordringene de har. Selv om forfatterne åpenbart er engasjerte, og har lang erfaring og god innsikt i både MBT og personlighetsvansker, kan det virke som om det å løfte frem det fortreffelige i den mentaliseringsbaserte forståelsesrammen og behandlingsmodellen kommer litt i veien for en faglig og mellommenneskelig ydmykhet for en mangfoldig pasientgruppe som vi tross alt fortsatt strever med å finne en effektiv behandling for. Prinsippet om at «one size fits all», er kanskje også noe av slagsiden ved alle manualiserte behandlingsformer, uansett hvor overbevisende og evidensbaserte de er. ❌

Ungdommens løsrivelse i en asymbolsk kultur

Utvikling av en symboliseringsevne vil hjelpe ungdommen med å bære uunngåelig psykiske smerte fremfor å søke raske løsninger.

Maria Kjos Fønns roman *Heroin chic* (2020) er historien om en jente, Elise, som blir narkoman. Men hun passer ikke inn i kategorien narkomane slik vi vanligvis tenker om den. Utsatte skjebner som i det narkotiske stoffet endelig fant varmen de hadde manglet i barndommen. Elise har derimot blitt narkoman uten noen åpenbar grunn. Oppveksten var fin, hun hadde alt, hun var den ene, pene, og flinkeste. Men allikevel gikk det galt.

Adskillelsen fra foreldrene, og ungdomsfasens indre og ytre drama, omgjør ungdomskroppen til en slagmark for vanskelige og uutholdelige følelser. Ungdommen begynner på oppgaven med å oppdage omrisset av seg selv – sin egen kropp, sin egen stemme og sine egne grenser. Spiseforstyrrelser, rus, selvskading og kronisk kroppshat er for mange naturlige og forbigående uttrykk for det stormfulle landskapet de har beveget seg inn i. For andre blir disse uttrykkene inngangen til varige destruktive tilstander. Jeg vil spørre hvilke kulturelle og psykiske elementer som gjør at det som skulle være Elises begynnelse på å bli seg selv, heller blir begynnelsen på en selvutslettelse. Hun drømte om at noe stort og fint skulle skje med hennes liv, men krabbet til slutt rundt i kroppens ruiner på jakt etter heroin.

I boken *Vår tids redsel for alvor* (2003) ser filmregissøren Roy Anderson på den narkomane som en vesentlig metafor for vår tid. På ulikt vis søker vi alle måter å bedøve våre livssmerter på. Psykoanalytiker Christopher Bollas hevder at vår tid lider av det han kaller «psychophobia» eller «subjecticide», hvor individenes symbolske kapasiteter og ønsket om å skape mening svekkes (Bollas, 2018). Dagens grenseløse konsumkultur tilbyr en overflod av produkter. De selges inn som raske løsnin-

TEKST

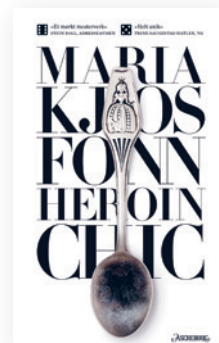
Per Are Løkke

KONTAKT

pe-arelo@online.no

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter



BOK *Heroin chic*

FORFATTER Maria Kjos Fonn

ÅR 2020

FORLAG Aschehoug

SIDER 205

»



ger for å kvitte seg med negativitet og ulyst. Vi lever som søvngjengere på trygg avstand fra det ukjente, fremmede og urovekkende. Vi vil ikke våkne til virkeligheten.

Jeg vil med Andersson og Bollas spørre om Elises asymbolske og konkrete løsninger på sitt livsdrama kan være et bilde på dominerende tendenser i dagens konsumkultur. Konsumkulturen invaderer og okkuperer våre sinn og kropper med uimotståelige bilder og produkter det er vanskelig å si nei til. Hos rusmisbrukeren erstattes det levende relasjonelle og symbolske livet med drift etter rus.

MØTET MED DE DESTRUKTIVE KREFTENE

Elise kommer fra et musikalsk og trygt hjem på Uranienborg. Hun bor sammen med en mor og en far som er engasjert i henne, spesielt moren. Elise beskriver øyeblikket når adskillelsen fra foreldrene begynner:

Jeg hadde fortsatt ikke fylt tretten da jeg satt på rommet og alt plutselig ble tåkete og klart samtidig. Jeg tenkte tenk at jeg er jeg, og det var som å sitte bak et pleksiglass og se ut på verden som aldri kunne trenge inn til meg, og jeg kunne aldri komme ut. Det var ikke en følelse av uvirkelighet, snarere virkelighet, jeg var stengt inne i meg selv, og ville aldri, noensinne, slippe ut. (Kjos Fonn, 2020, s. 38)

Når ungdommen forlater barnehammen som er tilpasset foreldre, og begynner å lete etter en mer personlig identitet, oppstår gjerne ulike uvirkelighetsopplevelser. Å være innestengt i en glassklokke eller fylt av en fremmedfølelse, ha eksistensiell angst, eller føle seg isolert og gal, er vanlig. Men hos Elise ble ikke dette begynnelsen på veien til å bli voksen, men begynnelsen på veien til bunnen.

En av ungdommens viktigste utfordringer er å bære psykisk smerte ved å utvinne symboler og språk fremfor å utagere eller forsøke å trylle bort det vonde. Psykoanalytikeren Wilfred Bion (1984) kalte psyken et fordøyelsesapparat, et slags mørkerom der vi fremkaller våre egne bilder og fortolkninger av verden. Å finne uttrykk som kan romme det indre dramaet, hjelper ungdommen med å utskille egen kropp fra familiekroppen. Det hjelper også ungdommen med å tydeliggjøre egen kropp i forhold til jevngamle. Gjennom sine distinksjoner synliggjør nemlig språk og tanker kroppens indre rom og grenser. Slik oppfinner ungdommen et eget sted å være, og egne stier de kan gå på. De er på vei til å flytte inn i seg selv i et slags mobilt hjem, møblert med deres gryende egenart.

EN VERDEN UTEN ADSKILLELSE

Kjos Fonns roman presenterer Elise som et tilfelle der det ikke finnes noen tydelig grunn til hennes undergang. Historien har likevel opplagte ledetråder. Elise klarer ikke å utskille sin kropp fra veksthylsteret som moren har plassert henne i. Hun greier ikke gestalte sin eksistens i språket og finner ikke gode veier ut i verden. Isteden blir hun fanget i en drift etter å evakuere de kroppslige smertene hun kjenner på. Hun finner to strategier: rus som utvikler seg til narkomani, og et kroppslig nei som kontrollerer inntak av mat. Hennes kropp blir dermed regulert av konkrete løsninger, av teknikk, gram og pulver. På den ene siden en rus som jager smerten bort i små øyeblikk av behag og lykke, på den andre siden en tvang rundt mat som skaper orden. Hun prøver desperat å holde seg sammen, men på innsiden er hun grenseløs og uvirkelig.



Konsumkulturen invaderer og okkuperer våre sinn

En annen ledetråd om bakgrunnen for Elises vansker kan vi finne i romanens mor–datter–forhold. Faren er en diffus og svak skikkelse som vi hører lite om. Han virker resignert overfor moren, som styrer det meste. Elises mor har også vokst opp med en fraværende far. Han drakk mye og kunne bli borte i flere dager uten at noen visste hvor han var. Dette sorte hullet i morens psyke er bare antydning. Likevel ligger det i kortene at Elises mor kom fra et besteborgerlig hjem som ikke bare skjulte og dekket over farens livsproblemer, men også den angst og redsel hun kjente overfor ham. Et annet relevant aspekt ved Elises mor er at hun var både pen og flink til å synge.

Elise vokser slik opp i morens engstelige, snille og positive atmosfære, hvor et språkløst mørke ligger uuttalt og diffust i skyggene. Moren overfører et generasjonstraume. Hun har forventninger om at datteren skal være en kopi av henne selv: pen og flink til å synge. Men det stopper ikke der, hun ønsker også at datteren skal prestere *bedre* enn henne selv. Hun skal bli *best* til å synge. Elise er tydelig marinert i morens «du er lik meg – du skal bli bedre enn meg»-bilder:

«Du er nydelig, lille alv», sier hun og rusker meg i håret» (Kjos Fonn, 2020, s. 25).

«Se», sa hun, 'da jeg var ung, så jeg ut akkurat som deg'» (Kjos Fonn, 2020, s. 33).

«Du er min lille lykt i vinternatten», sa hun. 'Det var derfor vi kalte deg Elise. Det høres ut som lys. Fordi du skinner over mørket'» (Kjos Fonn, 2020, s. 34).

«Halsen spente seg. Kroppen min var redd, og jeg skjønte ikke hvorfor, jeg var jo flinkest, mamma sa jo at jeg var flinkest» (Kjos Fonn, 2020, s. 39).

«Det holder ikke å være god, man må være best», sa mamma. 'Hvem ønsker seg en plass midt i koret resten av livet'. Hun så på meg og smilte» (Kjos Fonn, 2020, s. 37).

Å VÆRE INNESTENGT I DE ANDRES BLIKK

Ungdommens drama er ofte knyttet til å gå inn eller ut av falske bilder. Den amerikanske psykologen Carol Gilligan og hennes forskergruppe har studert jenter i overgangen mellom barndom og pubertet. Gruppen fant at før jenter kommer i puberteten, er de ofte frie, frittalende, spontane og med tilgang til en tydelig jeg-følelse. I puberteten begynner de derimot å se seg selv utenfra. De mister seg selv – i ytre perfekte kroppsbilder, seksualisering og budet om å dempe seg selv for å gi andre plass (Gilligan, 1990). Elise beskriver:

Jeg ble tretten. Jeg så meg selv utenfra, som om jeg egentlig var i blikkene på gata, ikke hun de stirret på. Jeg begynte å vokse, brystene sprenget seg fram. I skolegården fulgte spotlyset etter meg – det var mitt eget hvitblonde hår. Før kor-konsertene var det bilde av meg på plakaten, hvordan jeg nesten lignet på lysgloben. (Kjos Fonn, 2020, s. 39)

Men, Elise ligner ikke på Gilligans tydelige prepubertale jenter. For å miste eller finne seg selv må omrisset av en person først eksistere. Elises eksistensielle krise handler på sin side ikke om å miste eller finne, men om å være borte. Borte bak et glassbur og borte i blikkene til andre. Hun er umulig å finne, diffus, grenseløs og blank. Det er ingen hjemme. Det kan se ut som hun fra fødselen av har gitt opp kontakten med sin kjerne ved å bli den moren ønsket hun skulle være. Hun vokser opp i et

udifferensiert mor–datter-landskap og blir bekreftet og elsket som en kopi av moren.

MUNNENS LOGIKK

Elise svever og lever i det grenseløse. Hun er ingen. Hennes kropp vitner om ødelagte grenser. Hun finner et slags feste i det primære sansorganet munnen på to ulike måter. På den ene siden den grådige munnen – «et bunnløst hull som vil sluke verden» (Kjos Fonn, 2020, s. 44). Den representerer en vilje til intet (det eneste jeg vil, er å ikke ville noe) – en drift mot undergangen gjennom å ødelegge seg selv gjennom rus. På den andre siden finner Elise feste i en munn som lukker seg, i et nei, en nektelse. Den sier at å bli sterk og mektig er å være skjør og gebrekkelig, eller at å bli mindre er å bli større. Anoreksiens gitterstruktur skaper pseudogrenser og liksomfasthet.

Det er her relevant med en avstikker til psykoanalytikeren Donald Winnicott (Abram, 2007). Winnicott skrev at spedbarnet har en grådighet som han kalte munnens kjærlighet, som søker å kaste seg over et bryst og en mor som kan tåle og overleve dets kraft. Boken har mange referanser til grådige og sultne munn, til spedbarn og lengselen etter en omsluttende og mottagelig mors kropp. Vi kan forstå heroinen som et substitutt for mors kroppens varme.

Med et winnicottsk fortolkningskjema kan vi tenke oss at det sultne spedbarnet Elise ble ammet av en svært engstelig mamma. Mor var fanget i sitt eget barndomstraume, som hun ureflektert projiserte på sin datter. De to levde i samme kropp og puls, i sannhet et utrygt fartøy. «Mamma gikk alltid rundt med lette skritt, som om noen når som helst kunne våkne. Eller knuse, vasene på peisen single i bakken, om hun bare snublet en eneste gang» (Kjos Fonn, 2020, s. 31).

Moren tålte ikke den sultne Elise og matet henne isteden med sin egen grenseløshet. Hun ble feilernært. Men i kroppens dyp skjules et undertrykt begjær, etter den gode maten og den gode morsfiguren. Som spedbarn gjør, tilpasset Elise seg moren. Det farlige begjæret må dø.

Elise beskriver det slik:

Jeg skal si det som det er. Sulting, når du har talent for det, er deilig. Alt snurrer og lyser, som tivoli. Fargene er skarpe, knoklene er skarpe. Jeg kannibaliserte meg selv. Jeg gnagde til knoklene, spiste av hjernen, hjertet. Hvis jeg skulle malt et bilde av anoreksi: en jente som er vill i blikket står ved kjøleskapet og gnager på sin egen arm. (Kjos Fonn, 2020, s. 63)

Her er romanens to drivkrefter, munnen som nekter seg verden, og søker en form, grenser og feste i kalorier, tall, vekt, mål. Og munnen som grådig spiser opp seg selv. Romanen skildrer oppskriften på en rasende selv-til-intetgjørelse. Vi følger kjeden av hendelser som nådeløst fører Elise mot bunnen. Anoreksi, alkohol, seksuelle grenseoverskridelser, piller til å regulere følelser, bulimi, hasj, speed, pissings, skolefracfall, stemmen og talentet som forsvinner. Nederlag, sulting, grådighet, og til slutt heroin og livet på Brugata. Men hun dør ikke. Hun har blitt 23 år og flytter hjem til sin mor, som nå er skilt og lever alene. Boka slutter i en spektakulær scene hvor moren injiserer heroin-sprøyta i Elise:

‘Du’, sier jeg til mamma, vil du at jeg også sover i dobbeltsenga? Hun reiser seg, skjelver like mye som meg, sikter på punktet med nåla, tryk-



Hvem ønsker seg en plass midt i koret resten av livet



ker ned sprøytepumpa. Det smeller, rusher som en berg-og-dal-bane gjennom årene. Jeg lener meg tilbake, som å synke ned i lunkent vann. Jeg har aldri vært så glad i henne, det må ha vært som spedbarn da hun ammet meg, ga meg melken, varmen, nærheten inn i kroppen, injeksjonen som kalles kjærlighet. (Kjos Fonn, 2020, s. 181)

FARVEL TIL DET SYMBOLSKE MENNESKET?

Maria Kjos Fonn er født i 1990. Romanen har ingen eksplisitte tidsangivelser om Elise, men jeg vil anslå at hun tilhører slutten av millenniumsgenerasjonen (1981–1996), og begynnelsen på generasjon Z (1995–). Jeg leser Elise som en varsler om hva slags miljø generasjon Z vokser opp i, og hvordan det påvirker deres psyke. Jonathan Haidt gir i boken *The anxious generation* (2024) sosiale medier og den overbeskyttende foreldregenerasjonen skylden for økningen av psykiske lidelser vi ser i generasjon Z.

Haidt er sosialpsykolog. Han maner til politiske reformer som sier nei til «visjonære milliardærer» (Haidt, 2024, s. 9, min oversettelse) på den amerikanske vestkysten som med sine teknologibedrifter spekulerer i unges psykiske utvikling. På kort tid har de unges oppvekstmiljø gått fra «en barndom basert på lek til en telefonbasert barndom» (Haidt, 2024, s. 18, min oversettelse). Ungdommen rives ut av sitt naturlige habitat og sosialiseres isteden i et abstrakt digitalt ubeskyttet landskap. Her innvaderes deres psyke av økonomiske interesser.

Vi må også spørre: Hvilket område i psyken er det vestkystens teknologientreprenører spekulerer i? Jeg mener den vanlige forklaringen med dopamin og hjernen er ufullstendig. La meg derfor ta en kort omvei om Sigmund Freud for å belyse dette spørsmålet. På Freuds tid dominerte forestillingene om at barnet i sin begynnelse er et asosialt driftsvesen. Spedbarnet krever umiddelbar tilfredsstillelse av sine instinkter og har enda ikke evnen til å vente eller utsette. I dag er dette driftsperspektivet forlatt. Nå blir spedbarnet forstått som primært objektsøkende, men allikevel også lystsøkende. I livets begynnelse er barnets driftslogikk (umiddelbar tilfredsstillelse) og tilknytningsbehov sammenvevd. Sosialiseringen i familien hjelper barnet til gradvis å slippe driftslogikkens krav om «quick fix» og tilgang til umiddelbar trøst og lyst. Barnet utvikler evnen til å utsette og vente, ved å bære og uttrykke livets

smarter og frustrasjoner gjennom språket. Barnet må altså innvies i en symbolsk kultur. Ikke bare for å oppdage seg selv og andre, men også for å resonere på den kroppslige driften etter raske løsninger.

Jeg mener deler av den tekno-økonomiske konsumkulturen undergraver denne sosialiseringen. Mens den industrielle revolusjonen forandret vårt forhold til arbeid og økonomi, er det nå vår kommunikasjon, tenkning, følelser og kropp som revolusjoneres. Det er også et interessant paradoks at idet driftsperspektivet trer i bakgrunnen av psykoanalytiske teorier, begynner kapitalismens entreprenører en storstilt spekulasjon i driftslogikkens krav om umiddelbar tilfredsstillelse og fantasier om et liv uten smerte og negativitet.

Konsumkulturen minsker betydningen av det Julia Kristeva (1995) kaller symbolske fortellinger rundt psykens tilblivelse. Dette skaper rom for et marked som sosiologen Eva Illouz (2019) kaller emosjonell kapitalisme. Kroppe, oppmerksomhet og følelser legges ut for salg, og det vi får tilbake, er tilbud om raske løsninger. Løsningene går utenom språket og møtet med de Andre. Vi kan si at den utviklingen Haidt beskriver, bidrar til å destruere den mellommenneskelige grammatikken som er selve forutsetningen for den symbolske kulturen. Det Haidt derimot ikke problematiserer er at hans sannhetsvitne – den biomedisinske symptompsykologien, også er en sentral aktør i den avsymboliseringen vi er vitne til.

FAMILIEDRAMAET SOM FORSVANT

Romanen om Elise har mange spor som peker mot at foreldrene er preget av å leve i en symbolsk kultur. Vi har sett at moren i sin grenseløshet ikke er i stand til å være virkelig og tydelig. Hun greier ikke å skille seg selv og sin historie fra Elise. Kanskje noe av dagens perfekt-mamma-ideal understøtter en slik væremåte. Har det oppstått et paradoks i likestillingens tid, når det gjelder både fedrene og mødrene? På den ene siden har mødrene tatt plass, markerer seg og utfolder seg som menn på de fleste arenaer. De har blitt mer virkelige i arbeidslivet. På den andre siden har de blitt mer redde for å være virkelige og tydelige overfor sine barn (Løkke, 2016). Fedrene har kommet nærmere sine barn, men blir kanskje også mer utydelige. De har mistet den gamle farsautoriteten, og deres nærhet blir en svak skygge i

forhold til morens nærvær. I alle fall er det slik med Elises far. I romanen er det noen få eksempler på at faren forsøker å minne moren på adskillelsen betydning, før han forsvinner ut av historien. «'Det er vel ikke så farlig med de klærne og det håret', hørte jeg pappa si da jeg var på vei ut. 'Hun er tolv år, hun burde velge selv'. 'Hvis du slutter å passe på klærne til ungen din, begynner forfallet', sa mamma» (Kjos Fonn, 2020, s. 35).

Videre vokser Elise opp i en bildekultur, prestasjonskultur og kroppskultur som dominerer samværet og relasjonene i familien. «Jeg sang, og plutselig fikk hun tårer i øynene, satt bare å så på meg, som når hun så på lysbildene fra da jeg var mindre. Hun ville alltid se på de bildene» (Kjos Fonn, 2020, s. 33). Vi drukner og rammes inn av ytre bilder, og mister tilgangen til at vår subjektivitet er imaginær i sin kjerne. Det er jo kun gjennom våre *egne* bilder vi kan forme en personlig relasjon til virkeligheten. Hvis ikke denne subjektive kjernen er til stede, forsvinner vi i de ytre bildene, slik Elise gjør.

Elise vokser også opp i en kultur hvor moren er så tett på at det er umulig for henne å uttrykke hva hun har blitt utsatt for, eller å ha nok symbolsk distanse til å evaluere dem. Hun etablerer ikke det psykiske rommet som hun trenger for å vurdere og kritisere foreldrene, som er en naturlig og viktig del av løsrivelsen i ungdomsfasen (Holth & Løkke, 2023). I Elises selvforståelse har moren og faren lagt alle muligheter til rette for henne. Hun er skyldig i å ha forspilt sine muligheter og føler at hun har ingen rett til å uttrykke det som har blitt gjort mot henne. Hun mangler en «mishandlingsunnskyldning», derfor er alt hennes egen feil.

Å LØSRIVE SEG I EN ASYMBOLSK KULTUR

Elise begynner å adskille seg fra moren: «I det doble blikket så jeg hun som sang i kor, hun som fikk minst fem i alle fag, hun som moren valgte klærne til, fly ut av kroppen min og gå ut av døra. Jeg var ikke Elise lenger» (Kjos Fonn, 2020, s. 42). Når Elise lukker døren til moren og sin barneidentitet, står hun overfor ungdomsfasens store utfordring, altså å finne ut hvem hun er. Hun begir seg ut på vandring i det åpne og urovekkende rommet som har oppstått mellom familien og verden utenfor.

Men Elise har ikke tilgang til å gjenkjenne og plassere seg selv, sin kropp og følelser, sin far og mor i en symbolsk vev som er hennes egen. Hun kjenner ingen forbindelse mellom hodet og kroppen: «jeg var Marie Antoinette – halshugget». (Kjos Fonn, 2020, s. 60). Elise husker lite fra barndommen, og har ingen kontakt med egne følelser og behov: «Jeg visste ikke når jeg var trøtt og når jeg var sulten ... hvem jeg likte og ikke likte, om jeg hadde lyst eller det motsatte» (Kjos Fonn, 2020, s. 60). Hun fylles av en smerte: «det var en revne som begynte å åpne seg inni meg ... jeg holdt på å sprenges, og jeg begynte å gråte» (Kjos Fonn, 2020, s. 41). Men smerten gir ingen mening.

I en symbolsk kultur er følelser som tristhet, redsel og lyst knyttet til levende situasjoner, personer og fortellinger. Språk er et kommunikasjonsmiddel, tankeredit og kilde til hukommelse, som både peker mot en indre verden og utover mot familie, samfunn og kultur. Ord og bilder binder da sammen ytre og indre hendelser og plasserer jegets kroppslige og emosjonelle erfaringer i et nettverk av 1. persons fortellinger. Å symbolisere og å uttrykke vår smerte hjelper oss med å gå igjennom lidelsen, ikke bare føle smerten (Reiner, 2009).

Den asymboliske kulturen gjør det motsatte ved å *angripe* forbindelsene, symbolene og språket som binder sammen individets livserfaring- »



«Hvis du slutter å passe på klærne til ungen din, begynner forfallet», sa mamma



Hun finner kun konkrete og asymbolske løsninger på sin ungdomskrise

ger. På denne måten er vår kultur dissosiativ. Elise lever i en dissosiativ verden. Hun greier ikke uttrykke sine indre smerter fordi de ikke passer med de ytre bildene hun er gitt. De er heller ikke til å forstå fordi de ikke kan settes i forbindelse med livserfaringer. Hun klarer derfor ikke å omgjøre ungdomsfasens utfordringer: familiedramaet, adskillelsen, seksualiteten, romantikken, den psykiske smerten og de mangetydige følelsene gjennom å symbolisere og uttrykke sine erfaringer. Elise blir i stedet i driftslogikkens krav om å evakuere smertene livet påfører henne, raskest mulig. Hun finner kun konkrete og asymbolske løsninger på sin ungdomskrise.

Er ikke også Elises credo – «Ble jeg redd – sedering. Trist – sedering. Lyst – sedering» (Kjos Fonn, 2020, s. 45) – en trossetning som vi finner overalt i vår konsumkultur? Jakten på den gode følelsen blir livets mål og mening. Og når smertene dukker opp, finnes det løsninger overalt. Munner og blikk skal fylles, ikke bare av rusmidler i alle slags former, men også av mat, sex, digitale stimuli og nye opplevelser. Det er oppstått en hel industri rundt å reparere kropp, tanker, følelser, handlinger og sjeler. På hvert gatehjørne finnes tilbud om vekst og utvikling gjennom medikamenter, terapi, kosthold og kognitive mantra. Selvutviklingsindustrien og den moderne biomedisin møtes i en felles drøm om å designe smertefrie liv.

Elise er ikke bare underlagt driftslogikkens imperativ, der smerter blir regulert på sitt laveste fysiologiske nivå. Hun lever også i narkomaniens og anoreksiens tvangsstrukturer og lukkede systemer. På rusrehabilitering blir hun introdusert for nye tvangsregimer og apper. Elises anoreksi er preget av et treningsregime, et matregime, et kroppsregime og apper som overvåker kroppens bevegelser. Hun måler for å forbedre seg selv. Her finnes ingen fortid – «The quantified self» (Deborah Lupton, 2016) har bare en fremtid. For Elise er ikke ungdomsfasen et åpent rom hvor hun kan oppdage veien selv og skape sine egne kart. Vi får et bilde av hvordan behov for apper oppstår. I en verden som mangler grenser, konturer og symboler, viser tvangsregimer og apper veien. De skaper form og innhold.

DET UMERKELIGE TAPET AV KROPPEN

Romanen om Elise utgir seg for å være historien om jenta som blir narkoman uten grunn. Jo flere ganger jeg leser romanen, jo mer står det smertefylte identitetstapet som moren har påført henne, frem. Jeg ble derfor nysgjerrig på anmeldelsene av boka. Nesten uten unntak kjøper anmelderne Elises selvforståelse om jenta som er vokst opp i et besteborgerlig vetskanthjem som har gitt henne alle muligheter i livet. De viser liten interesse for alle sporene av mor–datter–forholdet som er lagt ut i boka. Og de aksepterer at Elise har en ren lidelse som ikke skitnes til av slemme foreldre (Kjos Fonn, 2020, s. 105).

Det kan være ulike grunner til dette. Romanen inngår i en klassisk sjanger av fortellinger om ungdom og rus, og gir et uvanlig rått og brutalt innsyn i heroinmisbrukerens liv. Mange av scenene i romanen inneholder også svært estetiserende beskrivelser av det destruktive livet. Dette kan føre tanken mot det filosofen Byung-Chul Han (2021) beskriver som et trekk ved menneskers fremmedgjørelse under kapitalismen: at de kan erfare sin egen undergang som en sublim estetisk fornøyelse. Nettopp det spiller tittelen «Heroin chic» på – en klesstil og mote der det gjelder å se blek, radmager og syklig ut. Kanskje er den voksne kulturen også preget av en ukritisk idealisering av ungdommens og ungdomslitteratu-

rens grenseerfaringer. En slags angstfylt pirring knyttet til beskrivelser av vold, rus, seksualitet. I dag kan vi føye til psykiske lidelser.

Mottakelsen av boken om Elise kan også være et bilde på vår tids manglende forståelse av ungdom. Morgenbladet har i sommer en serie hvor de spør hvorfor flere enn tidligere snakker om bruddet med foreldrene. I samfunnet har vi et sterkt søkelys på ungdom, men sjelden på den kanskje viktigste utfordringen de står overfor, nemlig adskillelsen og løsrivelsen fra foreldrene. Elise og anmelderne bekrefter dette, ved å se bort fra at Elises drama handler om adskillelsen fra moren. Forestillingen om symptomer uten grunn er i tråd med dagens symptompsykologi og deler av det psykologiske fagfeltet. Behandling skjer ofte uten å gå veien om familien. Elise møter en ruspsykolog som forklarer henne om hvordan hjernen fungerer, men han spør ikke om hennes oppvekst.

Jeg tror det er en grunnleggende drift i alle mennesker til å lete etter en annens blick som

gir oss et feste i verden. De unge spesielt leter etter et blick fylt av undring som kan bekrefte det Julia Kristeva (2009) kaller deres umiskjennelige subjektivitet. Elises mor invaderer og okkuperer Elise med sine egne bilder. Det spiller kanskje både oss overivrige foreldre og den invaderende bildekulturen vi lever i. I denne kulturen finner ikke ungdommen kulturelle fortellinger å gjenkjenne sine egne drama i. Slik Elise ikke gjenfinner omrisset av seg selv i morens eller farens blick.

I dagens samfunn, hvor bildekulturens standardiserte og normative fortellinger styrer og påvirker de unges liv fra morgen til kveld, er tapet av kroppen kanskje den største trusselen. Vår tenkende kropp mister et feste i det den gjør. Dermed mister vi også følelsen av kroppens virkelighet. Winnicott skrev at å miste seg selv i falske bilder var verre enn å bli voldtatt og spist av ville kannibaler. Han var allergisk mot alle former for ytrestyring, som fratok de unge følelsen av å eksistere og være skapende. ✕

REFERANSER

- Abram, J. (2007). *The language of Winnicott: A Dictionary of Winnicott's use of words*. Karnac Books.
- Andersson, R. (2003). *Vår tids redsel for alvor*. Spartacus.
- Bion, W.R. (1984). *Learning from experience*. Karnac Books.
- Bollas, C. (2018). *Meaning and melancholia. Life in the age of bewilderment*. Routledge.
- Gilligan, C. (1990). *Making connections*. Harvard University Press.
- Haidt, J. (2024). *Den ængstelige Generation*. Svane & Bilgrav.
- Han, B.-C. (2021). *Capitalism and the death drive*. Polity Press.
- Holth, I.K. & Løkke, P.A. (2023). *Håndbok for ungdom med vanskelige foreldre*. Spartacus.
- Illouz, E. (2019). *Emotions as commodities*. Routledge.
- Kjos Fonn, M. (2020). *Heroin chic*. Aschehoug.
- Kristeva, J. (1995). *New maladies of the soul*. Columbia University Press.
- Kristeva, J. (2009). *This incredible need to believe*. Columbia University Press.
- Lupton, D. (2016). *The quantified self*. Polity Press.
- Løkke, P.A. (2016). Å hakke seg ut av egget. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(3), 200–206. <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2016/02/hakke-seg-ut-av-egget>
- Reiner, A. (2009). *The Quest for conscience and the birth of mind*. Karnac books.

Livet, skjønnheten og døden – en psykoanalytisk forståelse av filmen *Dead Poets Society* (1989)

I filmen møter rollefigurene – og publikum – den estetiske konflikten og sårbarheten i livet.

FORFATTER

Espen Håland,
psykologspesialist
med avtalehjemmel

KONTAKT espen.
haland@gmail.com

MERKNAD

Ingen oppgitte
interessekonflikter

Det å erfare noe som meningsfullt eller vakkert er ofte dypt personlige erfaringer. Det som er meningsfullt for én, trenger ikke å være det for en annen. Mening viser til noe utover seg selv. I handlingsøyemed er ofte mening knyttet til hensikt eller intensjonen bak. Det er vanlig å knytte mening til forståelse og det som ikke er konkret. Det konkrete har i seg et en-til-en-forhold. Mening er knyttet til det symbolske, det som er flertydig, åpent og heftet med usikkerhet. Selv en skåre på et spørreskjema om depresjon kommer ikke unna å være knyttet til mening og tolkning. Mening er ikke gitt, det er åpent og har usikkerhet i seg.

Psykoterapi er knyttet til mening, jeg tror psykoterapi også kan kobles til skjønnhet. I psykoterapi snakker vi ofte om det vanskelige med fraværet av den andre eller en tilstedeværelse av andre på vonde måter. Men kan terapi også inkludere vansker med nærværet av noe godt?

Psykoanalytikerens Donald Meltzer (1988/2022) snakker om at alle pasienter bærer i seg

en håpefull forestilling om noe vakkert, knyttet til nærværet av den andre. Meltzer hevder at møtet mellom mor og spedbarnet har en skjønnhet som er av stor betydning. Forestill deg følgende scene: en mor som hengivent ikke kan ta øynene vekk fra spedbarnet sitt eller slutte å smile, og spedbarnet som ser ut til å være helt oppslukt av sin mor, og ikke får nok av henne.

Scenen er vakker, og har med skjønnhet å gjøre. Meltzer går videre og sier at skjønnheten er relatert til noe dypt meningsfullt. Skjønnheten har med utvikling å gjøre og noe vi hele tiden vender tilbake til gjennom livet. Jon Morgan Stokkeland (2022) skriver at skjønnheten vekker sterk interesse og igangsetter søken etter svar. Den fascinerer og tiltrekker, samtidig kan skjønnheten overvelde og skremme oss (Stokkeland, 2022). Skjønnheten, sier Meltzer, forbli et mysterium for oss, den lar seg ikke definere.

Nær skjønnhet og mening ligger kunsten, poesien, litteraturen og filmen. Felles for skapende virksomhet er flertydighet, åpenhet og



Engelsklærer Keating oppfordrer elevene til å gripe dagen og tenke og føle selv. Foto: Ronald Grant Archive / NTB Scanpix

usikkerhet. Både personen som skaper kunsten, og vi som mottaker blir trukket inn i noe som beveger oss uten at vi forstår hvorfor. Meltzer hevder det har med skjønnhet å gjøre. Skapende virksomheter kan være med på å gi livet dypere mening i møte med det smertefulle. Filmen *Dead Poets Society* fra 1989, regissert av Peter Weir, både illustrerer og gjør dette.

HANDLINGEN

Vi befinner oss på Vermont, USAs beste internatskole for gutter tilsvarende videregående, på slutten av 1950-tallet. Det er oppstart av skoleåret, og rektor Nolan holder tale for både ungdom og foreldre i en fullsatt sal. Skolens verdier, tradisjon, ære, disiplin og dyktighet fremheves. En ny lærer blir også introdusert, engelsklærer John Keating – spilt av Robin Williams. Det er strengt på skolen, og det forventes at elevene skal adlyde. Todd Anderson er ny på skolen og engstelig. Han blir en del av en vennegjeng sammen med blant annet Neil Perry. Mr. Perry, far til Neil, forteller at Neil må droppe fritidsak-

tiviteter og heller prioritere skolearbeidet. Neil protesterer, med sine venner til stede, hvorpå faren avviser ham brutalt, Neil skal gjøre som han sier.

Undervisningen begynner, men timene med Keating skiller seg ut. I stedet for å pugge grammatikk oppfordrer han elevene til å tolke poesilitteraturen, og i dette åpne seg, tørre å bli beveget, forholde seg til det usikre og det som har med skjønnhet å gjøre. Keating tar dem med til skolens pokalskap og viser fram bilder av tidligere elever på skolen. Keating ber guttene se nøye på bildene mens han i bakgrunnen hvisker filmens mest kjente uttrykk, «carpe diem», gjentatte ganger. Keating forteller dem at å skrive poesi handler om følelser og begjær. Flere i vennegjengen våkner til liv. De oppdager en tidligere hemmelig klubb, «Døde poeters klubb». Med Neil som leder bestemmer de seg for, i hemmelighet, å gjenopplive klubben. Guttene sniker seg ut på kveldene og leser poesi for hverandre i en hule. Todd oppdager langsomt at han har poesi i seg. Neil finner ut at han vil »



Neil følger teaterdrømmen, med katastrofalt utfall. Foto: Buena Vista Pictures / Courtesy Everett Collection / NTB Scanpix

bli skuespiller, og blir med i en oppsetning av et teaterstykke, uten å si dette til sin far, som han vet vil si nei. Mr. Perry blir sint når han oppdager at Neil har blitt med i skuespillet, og han forbyr Neil å fortsette med teater. Neil trosser sin far og deltar likevel på teateroppsetningen. Når Mr. Perry senere oppdager dette, blir han rasende og tar Neil ut av skolen og søker ham inn på militærskole. Det ender i tragedie. Neil tar sitt eget liv. Alle er rystet, skolen setter i gang en undersøkelse, og det holdes avhør av elevene, hvorpå «Døde poeters klubb» oppdages. Keating holdes indirekte ansvarlig for Neils selvmord gjennom å ha oppmuntret Neil til fritenkning og uønsket aktivitet. Han får sparken. Skolen går tilsynelatende tilbake til tradisjonen og disiplinen.

LIVET

Vermont internatskole vil ikke at elevene deres skal tenke for mye selv, de skal adlyde og pugge. Det ligger en trygghet og forutsigbarhet i det,

både elevene og læreren vet hva de har å forholde seg til. Disiplinen blir en måte å holde de ungdommelige kreftene i sjakk på. Det er som om Vermont representerer den strenge far som har kontroll. Ingenting nytt kan skje på Vermont. Det nye er farlig og ikke noe som skal «slippes løs», verken kroppslig (seksuelt) eller mentalt i form av fritenkning eller poesi.

Lærer Keating utfordrer elevene til å tenke og føle selv. Noen av elevene protesterer og blir redde. Andre blir begeistret og nysgjerrige. Keating setter i gang noe hos både elevene og oss som ser på. Vi våkner til «liv». Elevene oppdager både skolens «diktatur» og «et indre diktatur» i dem selv som de gjør opprør mot gjennom å begynne å tenke egne tanker og å ha egne følelser. Keating understreker at poesi er det som berører oss, tør vi la oss berøre? Poesi har åpninger i språket, det skaper nye rom for å forstå, og verden kan vokse frem på en ny måte. Keating presser den engstelige Todd, foran

klassen, til å skape et dikt uten å tenke, fri assosiasjon. Det ender opp med at Todd klarer å framsi et dikt som høster anerkjennelse hos alle. Noe i ham er åpnet opp. Det er både en skjønnhet og en skjørhet i det.

SKJØNNHETEN

Hvor kommer denne skjønnheten fra? Det er som om skjønnheten både er i elevene selv og i møtet med lærer Keating. Skjønnheten er knyttet til frihet, lekenhet, til noe skapende, kreativt og livsbejaende. Samtidig er det mye som står på spill, noe er sårbart. Vi kommer i kontakt med noe helt grunnleggende i oss selv, noe som alltid har vært der knyttet til møtet med den andre på dypet.

Vi bærer med oss tidlige opplevelser, også det vi ikke husker bevisst. Mye er fysisk og psykisk innskrevet i oss, i kroppen, i vår tenkning og følelser. Vi er aldri alene i den indre virkelighet. Fra første stund har vi andre som vi er i bevisst eller ubevisst dialog med. I det ubevisste tenkes dette som indre objekter, det er indre representasjoner av viktige andre i den ytre virkelighet, for eksempel mor eller far, som vår fantasi selv bidrar til å forme. Den indre psykiske virkeligheten preges av primitive følelser, lidenskaper og destruktivitet. Inni oss er vi alltid barn og voksne på samme tid. Det ubevisste er tidløst.

Mellom selvet og de indre objektene oppstår det kontinuerlig konflikter. Utvikling er alltid forbundet med konflikt. I filmen er det en tilsynelatende ytre konflikt mellom skolen og vennegjengen vi følger, men vel så mye er det indre konflikter som utfolder seg.

Meltzer (1988/2022) mener skjønnheten er konfliktfylt for oss. Skjønnheten finnes fra første stund i møtet mellom spedbarn og moren. Moren opplever en forelskelse, det er som om spedbarnets skjønnhet fullstendig bergtar henne. Meltzer henleder oppmerksomheten på at også spedbarnet opplever skjønnhet i møtet med moren. Morens skjønnhet, hennes vakre øyne og lysende ansikt er på samme tid gåtefull for spedbarnet. Spedbarnet hensettes til å begynne å «tenke» rundt hva som befinner seg på innsiden av moren av tanker, følelser og begjær. En estetisk konflikt oppstår, ifølge Meltzer, som er tilknyttet en følsomhet for den andres indre virkelighet som vi ikke har full tilgang til. Den estetiske konflikt er nært relatert til utvikling av tenkning og følelser.

Meltzer bygger på Melanie Klein og Wilfred Bions teorier. For Klein (1946) er spedbarnets møte med mor (og far) så kraftfullt at det settes i gang splittelse og projektiv identifikasjon. Bion (1962, 1970) understreker at sinnet utvikles gjennom å tenke om emosjonelle erfaringer. Skjønnheten i første møte er en kraftfull emosjonell erfaring. All senere skjønnhet har potensial til å bli det Bion (1970) karakteriserer som katastrofepreget forandring. Dette kan møtes på ulike måter, for eksempel benekting, tilbaketrekning, splittelse osv. I *Dead Poets Society* konfronterer lærer Keating elevene med den estetiske konflikten, først gjennom å oppfordre dem til å tenke og føle selv, dernest ved å henlede dem til å se skjønnheten i poesien. Det handler om å gripe dagen, men vel så mye handler det om å (be)gripe skjønnheten.

I den estetiske konflikten befinner vi i oss i randsonen mellom det kjente og det ukjente, mellom det bevisste og det ubevisste. Den estetiske konflikten er knyttet til det intime ved menneskelivet. Å kunne være i stand til å drømme er nært knyttet til det estetiske. I *Dead Poets Society* er det flere i vennegjengen som blir i stand til å drømme. Bion (1962) hevder at vi må gjøre det bevisste ubevisst for fullt ut å være i stand til å



... skjønnheten er
konfliktfylt for oss





Skjønnheten
kan vekke sinne,
misunnelse og angst

tenke og føle. Å drømme gjør forbindelsen med oss selv sterkere, og det forbinder oss også tydeligere med verden utenfor. Gjennom drømmen og den estetiske konflikten kan vi finne oss selv.

Vi erfarer verden på vår helt personlige måte. Når Todds dikt, som tydelig er knyttet til personlig sannhet, kommer til uttrykk, er det forbundet med skjønnhet. Hans dikt ville ikke vært knyttet til skjønnhet om det ikke hadde Todds personlige sannhet i seg.

Det er et «jeg» som får sentrum scene, mens publikum – indre og ytre objekter – ser på. Hadde hele klassen og Keating ledd av Todd, hadde det ført til skam, tilbaketrekning og splittelse. Skjønnheten i Todds dikt har tydelige tegn av å være en katastrofepreget forandring.

Neil oppdager skjønnheten, vil være i den og utforske den. Han oppdager og tar i bruk teateret som en arena for dette. Det uforstilte, lekende, kreative og livsbejaende finner sin plass i Neil, han vokser og blir mer tydelig. Det er rørende og vakkert. Noe sant og ekte vokser frem i ham. Dette står i sterk kontrast til tidligere scener, når Neil konfronteres av sin far. Da er det som om han lukker seg, forstiller seg, forsvinner og visner hen.

På teaterscenen er Neil blottstilt, det er en skjønnhet i det, men på samme tid skjørt og sårbart. Hvordan vil publikum – vi – reagere? Publikum elsker Neils skuespill, alle kan se skjønnheten. Mr. Perry hater det. Kan vi også forstå ham? Skjønnheten kan vekke sinne, misunnelse og angst. Mr. Perry våger ikke å forholde seg til skjønnheten i sin sønn. Også vi har noe av Mr. Perry i oss, noe som gjør at vi ikke helt orker å forholde oss til skjønnheten, hater den og vil ødelegge den.

DØDEN

Møtet mellom Neil og Mr. Perry, etter teaterforestillingen, er så ladet. Neil bærer et håp om at faren skal se ham og skjønnheten. Det får bære eller briste, og det brister fullstendig. Når faren tvinger Neil til å underkaste seg, er det noe innvendig som dør både i ham og i oss. Det er som om Neil mister sin skjønnhet, han mister evnen til å drømme, og han mister seg selv.

De har kommet hjem, og faren er rasende på Neil. Neil blir tatt ut av Vermont og skal begynne på militærskole, ingenting skal få ødelegge hans medisintidning. Mr. Perry vil at Neil skal få alle mulighetene han aldri fikk. Neil protesterer forsiktig, men tør samtidig ikke si imot.

Objektrelasjoner er grunnlaget for skjønnhet, lidenskap, tenkning og følelsesliv. Kreativitet og skapende virksomhet kommer som et svar på noe, og er forbundet med et objekt, negativt eller positivt. Vi er våre relasjoner og kommer ikke unna.

Det som skjer i den indre virkelighet, kan være farlig fordi det er så sterke krefter og følelser involvert. Vår bevissthet, rasjonalitet og fornuft har mindre betydning enn den ubevisste indre virkelighet. Det er vel så mye farsobjektet som er farlig, ikke faren. I objektrelasjonenes verden er det som om Mr. Perry blir en fangevokter som legger fullstendig beslag på Neils følelsesliv og tenkning. Hvilke liv er det? I Neils indre virkelighet har farsobjektet tatt helt over, og den Neil vi ble kjent med, som sto på scenen og utfoldet seg, finnes ikke lenger. En annen (indre) virkelighet har tatt over Neil. Dette gir assosiasjoner til selvmord i vår virksomhet. I den ytre virkelighet har alt tilsynelatende sett fint ut for flere som ender opp med å ta livet sitt, men vi vet ikke hva som har foregått på innsiden.

Foreldrene legger seg, og Neil blir alene igjen oppe. Det kommer en ro over Neil. Det er som om noe i ham gir opp og slipper taket på livet sitt.

Vi aner konturene av et indre drama i ham som har funnet en uhyggelig løsning. Neil tar livet av seg selv. Eller er det vel så mye det indre far-objektet han tar livet av? Det er ikke tilfeldig hvor og hvordan han gjør det, på farens kontor med farens pistol. Det ligger et veldig raseri i dette, et indre opprør som Neil føler at han ikke har mulighet til å gjøre imot den virkelige faren. I dette har også Neil for lengst forlatt den estetiske konflikten, det skjønne og det sårbare. I selvmordet har det å drømme, tenke og føle på dypet opphørt.

Å være tilknyttet og å løsrive seg krever ofte «tillatelse» fra en voksen. Hvis ikke må løsrivelsen være mer brutal. Vi aner at Neils løsrivelse fra sin far ville bli av det brutale slaget. Det finnes ikke rom for å ha egne tanker, følelser og drømmer, det er som om faren personifiserer verdiene til skolen: tradisjon, disiplin, ære og dyktighet. Neils utforskning av seg selv og det estetiske gjør ham utsatt og sårbar. Det er som om Mr. Perry ikke bare får ham til å slutte på skolen og med teater, det som skjer i den ytre virkeligheten, men at faren avviser hele Neil og hans innerste vesen. Vi aner at dette må vekke en voldsom skam i gutten. Skamraseriet som følger med, synes å være den virkelige drivkraften bak Neils «aggressive» selvmord.

Mr. Perry blir på mange måter «skurken» i filmen. Men det går an å tenke at Mr. Perrys egen estetiske konflikt vekkes til live, og han konfronteres med noe han ikke orker å forholde seg til. Det gåtefulle, uforstilte og skjønne kan vekke mye usikkerhet. Den estetiske konflikten blir fort en katastrofepreget forandring som tvinger fram et nytt bilde av verden. Det innebærer da samtidig å destruere et gammelt og «trygt» bilde av verden (Stokkeland, 2022). Hvem er klar for det? Dette er noe også vi kjenner igjen i oss selv og i våre pasienter.

TERAPI - (BE)GRIPE SANNHETEN OG SKJØNNHETEN

Vi er aldri sannferdige historikere når det kommer til eget liv. Livet, og dets erfaringer, er hele tiden farget av noe i oss. Det er ikke hva som faktisk har skjedd, som er viktig i psykoanalysen, men hvordan en vedvarende barndom lever videre i oss. Vår egen ubevisste fantasi transformerer virkeligheten kontinuerlig. I den enkeltes ubevisste fantasi er det livserfaringer som former hvordan virkeligheten oppleves her

og nå. For pasienter vil slike livserfaringer bl.a. være knyttet til den estetiske konflikt.

Vi kjenner igjen den estetiske konflikten i terapirommet. Pasienten fortalte at han hadde en kjæreste han var veldig glad i, som viste at hun var glad i ham, likevel ble han usikker. Han kunne ikke være sikker på hva kjæresten egentlig tenkte og følte om ham. Den estetiske konflikten finner også sted i terapirelasjonen. Pasienten kan ikke være sikker på hva terapeuten tenker og føler om ham. Mye er i spill, og pasienten vil uunngåelig undre seg over terapeuten innside; «vil du meg vel?», «hva tenker du egentlig om meg?», «kan du like meg?» osv. Det kan kjennes sårbart å skulle åpne opp, blottstille seg for en annen uten fullt ut å vite hvordan det blir tatt imot (Stokkeland, 2011). Det sårbare og uforstilte har noe vakkert ved seg også i terapi, som i poesien. Kan psykisk helsevern, terapeuten og pasienten forholde seg til det?

Det personlige møtet i psykoanalytisk psykoterapi er uunngåelig en estetisk erfaring for begge parter, som kan vekke mange følelser, deriblant takknemlighet, men også usikkerhet. Terapeuten kan bli usikker på seg selv og sitt virke. Her kommer den estetiske konflikten inn, i terapeuten sin tenkning, som tvil omkring terapiens skjønnhet. Psykoterapi som en estetisk erfaring lar seg ikke kontrollere. Akkurat som den estetiske konflikten har psykoterapi noe gåtefullt ved seg. Er terapeuten som Keating, i *Dead Poets Society*, som legger til rette for at pasienten kan tenke og føle selv? Langsomt introduserer dem for deres personlige poesi som de selv bærer på? Psykoanalytisk psykoterapi er også Vermont internatskole, med dens tradisjon, ære og disiplin. Dette samsvarer med psykoanalysen som vitenskap med en lang historie, med klare rammer, teknikk og en etikk. Det handler om å være personlig (det estetiske) til stede på en disiplinert måte (internatskolen). Det handler om å tørre å være nær i det unike personlige møtet med pasienten, samtidig som vi holder rammen, tar i bruk vår psykoanalytiske forståelse og ikke er privat.

En estetisk erfaring, hvis terapeuten og pasienten kan klare å forholde seg til det, setter i gang tenkning og følelser. Dette kan legge grunnlag for å lære av erfaring (Bion, 1962). Det handler om å arbeide med hva som er mulig å tenke, snarere enn å tenke om noe. Vi kan lære om verden, det vil si når terapeuten tar i bruk psykoedukasjon eller konkrete teknikker på en





Psykoterapi omhandler den estetiske konflikt i det å kunne bedre forholde seg til innside og utside og til egen sårbarhet

ikke-personlig måte. Å lære av erfaring har imidlertid noe dypere ved seg som også involverer det estetiske. Skjønnhet og sannhet er viktige forhold vi arbeider med i terapirommet. Psykoterapi omhandler den estetiske konflikt i det å kunne bedre forholde seg til innside og utside og til egen sårbarhet. Den estetiske konflikten, skjønnhet og sannhet er nært knyttet til kjærlighet. Betyr dette at vi dypest sett arbeider med kjærlighet i psykoterapi? Hvis terapirommet ikke har plass for det estetiske, og med det usikkerheten, sårbarheten, det kreative og det personlige møtet, er det en fare for at noe essensielt «dør» i vår behandling. Da er det en reell fare for at vi, i psykisk helsevern, kun står igjen med «disiplinen» på Vermont internatskole.

OH CAPTAIN, MY CAPTAIN ...

Etter Neils død står tyranniet, kynismen, disiplinen og ikke-tenkningen tilbake. Det tydeliggjøres av rektor Nolans inntreden som engelsklærer i stedet for Keating, og hans «oppskrift» for å tolke poesi, som om det finnes. Det slående nå, med elevene, er tapet av deres forestillingsevne og emosjonelle liv i tilpasningen til Vermont-skolens krav. Sluttscenen bærer imidlertid en kime av håp. Når Keating, etter oppsigelsen, kommer for å hente sine private eiendeler i klassen hvor elevene og rektor Nolan nå er, skjer det noe. Todd reiser seg og stiller seg stående oppå pulten og sier direkte henvendt til Keating, «oh captain, my captain», hvorpå flere medelever følger etter. Anført av Todd tør elevene å føle og tenke selv. Det estetiske gjenoppstår. ❌

REFERANSER

- Bion, W.R. (1962). *Learning from experience*. Maresfield Reprints.
 Bion, W.R. (1970). *Attention and interpretation*. Maresfield Reprints.
 Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. I *The writings of Melanie Klein*, Vol 3. (s. 1– 24). Hogarth Press.

- Meltzer, D. & Williams, M.H. (2022). *Bergtatt av skjønnhet. Den estetiske konfliktens rolle i utvikling, kunst og vold*. Oversatt av G.T. Andersen, M. Andersen, T. Holm, E. Tjessem, L. Stokkeland og J.M. Stokkeland. Kolofon forlag. (Første gang publisert i 1988).

- Stokkeland, J.M. (2011). *Å gi og å ta imot. Donald Meltzers psykoanalytiske tenkning i tradisjonen fra Melanie Klein og Wilfred Bion* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Tromsø.
 Stokkeland, J.M. (2022). *Den farlige kjærligheten*. Perpleks forlag.

Medsignering på epikrise

Psykologspesialister i psykisk helsevern og TSB møter krav fra arbeidsgiver til å medunderskrive på epikriser. Kan arbeidsgiver pålegge dem dette og hvilket ansvar påtar de seg?



Rikke Solbakke, spesialrådgiver i
Psykologforeningens jus- og arbeidslivsavdeling.
Foto: Psykologforeningen

Problemstillingen er knyttet til spesialisthelsetjenestens plikt til å tilby forsvarlige helsetjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Spesialistinvolvering i pasientforløpene skal bidra til å sikre dette. Arbeidsgivers ønske om at spesialister skal signere på epikrise er gjerne et uttrykk for deres behov for å sikre rutiner for systematisk spesialistinvolvering og dokumentasjon av denne ved beslutning om avslutning av behandling. Arbeidsgiver kan bestemme dette i kraft av sin styringsrett.

Virksomhetens krav til å tilby forsvarlige tjenester må ses i sammenheng med psykologens individuelle plikt til å yte forsvarlig helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 4. Virksomheten må organiseres slik at psykologer kan oppfylle sin individuelle plikt til forsvarlig yrkesutøvelse. Arbeidsgiver kan ikke pålegge helsepersonell å bryte sine lovpålagte plikter.

Forsvarlighetskravet er en rettslig standard som bestemmes av normer utenfor loven. Krav til spesialistinvolvering og dokumentasjon av denne er spesifisert i faglige retningslinjer, veiledere og nasjonale pasientforløp, som er normerende og retningsgivende for forsvarlighetskravet. I *Nasjonalt pasientforløp -psykisk helsevern voksne/ barn og unge* er hovedregelen at pasienter i psykisk helsevern skal møte spesialist i løpet av forløpet. Unntak fra dette må være begrunnet ut fra en individuell vurdering av tilstand og alvorlighetsgrad til pasienten. Det er et krav at spesialist må delta i de diagnostiske og behandlingsmessige vurderinger som gjøres i forløpet.

I *Veileder for landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten i 2017–2018. Spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse* (heretter *Veilederen*) er det formulert en norm om at helseforetaket skal sørge for tilstrekkelig kompetanse i alle ledd av pasientforløpet, nødvendig samhandling

mellom personell og samhandling på ledernivå. Spesialist skal være involvert i beslutninger om avslutning av behandling. Slik involvering kan skje gjennom fortløpende, systematisk veiledning gitt av spesialist til det enkelte personell, og/eller i regelmessige møter der det diagnostiske arbeidet drøftes og kvalitetssikres. Det er ikke nødvendig at spesialist fysisk ser alle pasienter. I nasjonale pasientforløp åpnes det for at spesialistinvolvering kan skje ved hjelp av digitale løsninger basert på en individuell vurdering av forsvarlighet.

Kravene til dokumentasjon på involvering av spesialist høyere der behandler har høyskoleutdanning på bachelornivå enn der behandleren er psykolog/ lege. Er behandler høyskoleutdannet, forventes det at involveringen av spesialist er dokumentert i journal. Er behandler LIS/psykolog uten spesialitet, kan involveringen være dokumentert i referater fra møter i tverrfaglige team, et telefonnotat eller i andre kilder.

Oppsummering

Ved medunderskrift på epikrise må psykologspesialisten ha foretatt en forsvarlig vurdering av beslutningen om avslutning av behandling og utskriving. Underskriften må altså ha en realitet. Dette er spesialistens ansvar. Det er forsvarlighetskravet som er avgjørende for hvordan og i hvilken grad spesialisten foretar denne vurderingen. Dette vil alltid være en individuell og konkret vurdering som blant annet vil bero på realkompetansen til behandler og kompleksiteten og alvorlighetsgraden i tilstanden til pasienten. Spesialisten vil altså ha et ansvar for å sikre seg den informasjonen som er nødvendig for å kunne foreta en forsvarlig vurdering ved beslutning om utskriving og medsignering på epikrise.

Nødvendig nytenkning

Det er åpenbart at vi må utvikle våre helsetjenester. Men klarer vi å utvikle dem til det bedre?



Håkon Kongsrud Skard,
president i Psykologforeningen
Foto: Fartein Rudjord

Endring er en konstant i livet, også i de tjenestene og organisasjonene vi jobber i. Vi har alle vært med på omstillingsprosesser, noen kanskje i en grad som innebærer utmattelse og endringstretthet. Samtidig tror jeg vi alle kan anerkjenne behovet for at både mennesker og organisasjoner stadig utvikler seg, i takt med endrede krav og behov.

Helsevesenet har alltid vært preget av endring, men omfanget og tempoet har økt drastisk i den senere tiden. Helsepersonellkommisjonens rapport og den bakenforliggende demografiske utviklingen, vedvarende ettervirkninger av pandemien gjennom endret sykdomsbyrde og inntektsgrunnlag for helsesektoren, økt press på statsbudsjettet gjennom behov i andre samfunnssektorer som forsvaret og økt politisk trykk gjennom helseministerens initiativ om «Ventetidsløftet» bidrar til dette, for å nevne noe.

Psykologi som fag er en av de fremste ressursene å ty til når det kommer til forståelse og planlegging av endring. Den kunnskapen bør vi fremsnakke i forbindelse med utviklingen vi nå ser. Noen relevante perspektiver melder seg raskt.

Ytre press er i noen grad nødvendig for all endring. Systemer har gjerne en iboende konserverende tendens, hvor man søker å opprettholde kjente strukturer og prosesser. Det kan være vanskelig å se for seg nye måter å løse oppgaver når dagens løsninger er godt etablert.

Samtidig kan ytre press ha negativ innvirkning på endringsprosesser. Opplevd tidsnød, alarmerende konsekvenser av status quo, dette er faktorer som både kan lede til dårlige beslutningsprosesser og uhensiktsmessige konklusjoner, som enten medfører et uendret eller dårligere resultat. Vi vet alle om de tankefeilene som kan

melde seg- tunnelsyn på et alternativ, en strategi av «more of the same», gruppetenkning, manglende risikoanalyse. Listen er lang. Og historien er full av eksempler på samtlige.

Dessverre er det allerede tegn på at en del endringsprosesser i helsevesenet blir preget av ytre press på negativt vis. Psykologforeningen har allerede viet stor oppmerksomhet til prosessen i Helse Nord, både gjennom tillitsvalgte, dialog med myndigheter og i disse spaltene. Nå er prosessen kommet et lite skritt videre, men uten egentlig å løse de økonomiske problemene som utløste prosessen. Samtidig har det påført enorme kostnader i form av arbeidstimer, usikkerhet og påkjenning på personale, pasienter og relasjoner.

Helsevesenet har alltid vært preget av endring, men omfanget og tempoet har økt drastisk i den senere tiden.

Et av de kontroversielle forslagene i Helse Nord var å legge ned det medisinfrie tilbudet ved UNN, et tilbud som er å anse som et fremskritt og en nødvendig utvikling i retning av å lytte til pasienters ønsker og behov. Nå er dette reversert etter mye innsats, men vi ser lignende forslag som nå fremmes i Vestre Viken i form av endring av BET ved Blakstad. Det er et tilbud som har blitt fremhevet av WHO og som bedriver evaluering av egne resultater på en måte som bør være et forbilde for øvrige tjenester. Det kan fremstå som at helseledere blir fanget i et perspektiv som handler om å fokusere på kjerneoppgaver, strømlinjeforming og å skrelle vekk tilbud som ikke er en del

av «det etablerte». Hvorfor ikke legge opp til prosesser som heller spør om det er tilgjengelige endringer i hele tilbudet som kan svare på utfordringene, uten å stagge fremskritt? Det er flere tiltak som er foreslått i etablerte utredninger og rapporter, som kan pekes på.

Det er samtidig like relevant å advare om den motsatte grøfta man kan falle i. Nemlig at dagens utfordringer kun løses ved å rive alt ned og bygge opp noe helt nytt på en helt annen lest. Jeg mener vi skal være varsomme med å fremsnakke behovet for en revolusjon, eller ensidig snakke ned tjenestene innen psykisk helse. Det er masse godt i dagens tjenester som er verdt å bevare og det er nettopp utfordringen; hvordan bevare det gode og samtidig forbedre det dårlige? Balansen er kunsten.

Et gjentakende og brennbart eksempel på utfordringen med å finne denne balansen er debatten om diagnoser, som pågår med varierende intensitet. Sist Psyko-

logforeningen klargjorde sitt standpunkt om diagnoser var i 2020 (Tidsskrift for Norsk Psykologforening, vol. 57, nummer 10, 2020, s. 778–780.). Debatten vil sikkert tilta igjen etter hvert som ICD-11 implementeres i større grad. Det er nyttig å ta debatten med jevne mellomrom og positivt at alternative tilnærminger utforskes og forskes på. Men jeg har til gode å se alternativer til dagens diagnosesystem som forbedrer feilene dette inneholder og samtidig klarer å ivareta det gode som det innebærer. ICD-11 er for øvrig den første revisjonen av diagnosesystemet som har blitt ledet av en psykolog, og det omfattende internasjonale arbeidet som ligger bak er imponerende å sette seg inn i. Det blir spennende å følge opp arbeidet med implementering i dialog med myndighetene fremover.

Jeg fremhever dette fordi jeg mener at prosessen bak ICD-11 er et eksempel til etterfølgelse når det snakkes om endring. Det er møysommelig, det er kunnskapsbasert, alle relevante parter involveres, det ivaretar elementer som fungerer samtidig som det forbedrer enkelte områder. Det fokuserer på fremskritt, men aksepterer at perfektjon ikke er et realistisk mål. I de endringsprosessene som foreningen deltar i- og dere som medlemmer deltar i- vil jeg oppfordre til å bruke denne tilnærmingen. Være innstilt på endring, delta konstruktivt i prosesser, men bruk vår kunnskap om hva som skaper gode prosesser og hva som innebærer risiko for dårlige prosesser. Vi må alle erkjenne hvor helsevesenet har mangler, vi må alle søke etter forbedring, men vi må også bevare det som fungerer og sørge for at vi går i riktig retning. Skritt for møysommelige skritt.



Hvorfor ikke legge opp til prosesser som heller spør om det er tilgjengelige endringer i hele tilbudet som kan svare på utfordringene, uten å stagge fremskritt?

Institutt for Psykoterapi og Norsk psykoanalytisk institutt

utlyser i samarbeid

Obligatorisk program i spesialiteten i voksenpsykologi

Ekvivalerer med Norsk psykologforenings program

Ønsker du å videreutvikle din ekspertise innen psykodynamisk terapi og psykoanalytiske perspektiver på helsearbeid? Kursene tar sikte på å fremme en psykodynamisk fagidentitet, utvikle fleksible og konteksttilpassede psykodynamiske intervensjoner samt integrere en psykodynamisk psykopatologiforståelse med rådende diagnostiske vurderinger og vedtak.

Programmet er bygget opp etter målbeskrivelsen for det obligatoriske programmet i spesialiteten i voksenpsykologi, revidert i 2018. Det vil være 6 kullsamlinger á to dager over halvannet – to år.

Oppstart i januar 2025. For kursdatoer se hjemmesidene:

<https://instpsyk.no/> eller <https://www.psykoanalyse.no>

For et overordnet inntrykk av innholdet se:
<https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning/block-forsideblokk-tosaker/spesialistutdanningen2/spesialitetene-i-psykologi/maalbeskrivelser-for-spesialitetene-i-psykologi/voksenpsykologi>

Kursene er en blanding av obligatorisk lesing på forhånd, diskusjon av teori, praktiske eksempler og veiledningssekvenser som kursdeltakerne forbereder. Alle lærerne er erfarne psykodynamiske psykoterapeuter og psykoanalytikere.

Opptak forutsetter gjennomført fellesprogram, at man er i relevant praksis og har samtidighet i praksis, veiledning og kurs. Det stilles krav til et valgfritt program til denne spesialiteten. For øvrig viser vi til Psykologforeningens hjemmeside vedrørende spesialistordningen.

Søknadsfristen er 15.10.24

Du søker via <https://instpsyk.no/>

Deltakerantall: maks 24, etter først-til-mølla-prinsippet.

Kursavgift annonseres senere og følger takstene til Norsk psykologforening.

Påmelding er bindende og deltagelse på alle samlingene er obligatorisk.

Samlingene gjennomføres fysisk på henholdsvis Norsk psykoanalytisk institutt på Majorstua og Institutt for psykoterapi i Nydalen i Oslo.



Svært gode priser og betingelser for medlemmer i Norsk psykologforening

- Du får 30 prosent rabatt på Storebrands ordinære pris på private skadeforsikringer
- Har du tre eller flere forsikringer øker rabatten til 35 prosent samlerabatt
- Kjøper du forsikring på nett får du i tillegg 10 prosent nettrabatt





Kurs for leger og psykologer

Psykiske reaksjoner hos innsatspersonell

5.–6. desember i Nydalen, Oslo

Informasjon og påmelding
rvtsost.no/kurs



Norsk Karakteranalytisk Institutt
 utdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

Arbeid med seksualitet i psykoterapi

Opstart 28. januar 2025

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

Kursrekken består av 6 digitale foredrag og to fysiske samlinger. Undervisningen ledes av Sidsel Schaller og Anne Kulseng Berg.

Pris: kr 12 000

Søknadsskjema og ytterligere informasjon:

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

Søknadsfrist: 30. november 2024

På grunn av begrenset plass anbefales det å søke tidlig.

Vi kan tilby annonseplass i nyhetsbrevet

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

Annonseformat

Full bredde:

564 x høyde 120 piksler for kr 7 500

1/2 bredde:

264 x høyde 120 piksler for kr 4 500

For mer informasjon om annonsering, kontakt oss på e-post
tidsskrift@psykologtidsskriftet.no
 eller telefon 23 10 31 33



NORSK
 PSYKOLOG
 FORENING

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





Institutt for Mentalisering (IM) Kursprogram høst 2024 - vår 2025

Institutt for Mentalisering har et omfattende kursprogram som er tilpasset alle nivåer i helsevesenet, fra døgninstitusjoner til DPS'er og poliklinikker, og til privat praksis. Det kan handle om foreldre og barn (MBT-C), ungdommer med utfordringer (MBT-A) eller voksne med større eller mindre personlighetsproblemer. Mentaliseringsbasert terapi (MBT) kan gis som individualterapi, gruppeterapi eller miljøterapi og være en forståelsesramme for dynamikken i organisasjoner. Mange DPS'er og rusinstitusjoner har nå egne MBT-team for behandling av alvorlige personlighetsforstyrrelser, ofte med ledsagende rusproblemer eller spiseforstyrrelser. Mer informasjon om kursene finnes på vår hjemmeside www.mentalisering.no.

Introduksjonskurs i mentalisering og MBT. Dette tre dagers kurset gir en innføring i teorien som ligger til grunn for mentaliseringsbegrepet, grunnleggende kunnskap om MBT og praktisk trening i mentaliserende holdning og terapiteknikker.

30. januar - 1. februar 2025, Holbergs terrasse kurs- og konferansesenter

Videregående kurs i MBT individual- og gruppe terapi. Det er snakk om to forskjellige kurs som går over 8 ganger i løpet av ett år. Det legges stor vekt på teknisk terapeutiske ferdigheter, basert på deltakernes video-opptak av egne pasienter med store personlighetsproblemer. Undervisningen veksler mellom plenum og små grupper.

Oppstart februar 2024, Holbergs terrasse kurs- og konferansesenter.

Personlighetsfokuset terapi Dette kurset kombinerer moderne personlighetsteori med holdninger og terapeutiske teknikker fra mange psykodynamiske retninger, men spesielt fra selvpsykologi og mentaliseringsbasert terapi (MBT). Kurset går over 8 dager totalt, med tillegg av to online seminarer.

23.-24. januar, 22.-23. mai, 11.-12. september, 13-14. november, Holbergs terrasse kurs- og konferansesenter. tillegg avholdes to online seminarer i mars og oktober.

Mentaliseringsbasert terapi med unnvikende personlighetsforstyrrelser. Kurset tar utgangspunkt i den nyutgitte behandlingsguide for mentaliseringsbasert terapi for UvPF av Carlsen og Jordet (2024). Her beskrives det en tilpasset modell for mentaliseringsbasert terapi (MBT) for pasienter med unnvikende personlighetsforstyrrelse. Det er fokus på både individual,- og gruppeterapi, hvor relevante endringer fra tradisjonell MBT gjennomgås.

21.-22. november 2024, Holbergs terrasse kurs- og konferansesenter.

Introduksjonskurs i mentaliseringsbasert rusbehandling (MBT-RUS). Kurset gir en innføring i mentaliseringsbasert terapi tilpasset for pasienter med ruslidelser. Dette er et klinisk relevant kurs for terapeuter som er interessert i personlighetsforstyrrelser og arbeider i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Ingen forkunnskaper i MBT er nødvendig.

18. oktober 2024, Holbergs terrasse kurs- og konferansesenter.

Mer informasjon om kursene finnes på vår hjemmeside www.mentalisering.no. Påmelding gjøres via mail til post@mentalisering.no.




**Utdanning:
Dialektisk atferdsterapi (DBT)**

DBT har en sterk evidensbase og har god effekt på suicidal atferd og selvskading blant både ungdom og voksne.

Søknadsfrist 1. november 2024
Oppstart i januar 2025

Utdanningen passer for erfarne klinikere

www.dbt.no



UNIVERSITETET
I OSLO



Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging



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 kursmaterieill

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.

Kronisk traumatisering og traumerelatert dissosiasjon

Dagsseminar med psykologspesialist
Arne Blindheim

Oslo 26. november
Stavanger 27. november

For mer informasjon om seminaret og
om påmelding, gå til:

www.krisepsykologi.no eller
skriv epost til ar-blind@online.no

Kronisk traumatisering og traumerelatert dissosiasjon

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

Oslo, februar 2025 – november 2025

For mer informasjon om kurset og
om påmelding, gå til:

www.krisepsykologi.no

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. oktober**,
frist for å bestille annonse til oktober-
utgaven er **17. september**

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

Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på Facebook





Institutt for
psykoterapi

Institutt for Psykoterapi

For psykologar og legar blir det våren 2025 sett i gang:

2-ÅRIG INNFØRINGSSEMINAR I:

OSLO – seminarleiar blir Lars Kristian Groth

2-ÅRIG INNFØRINGSSEMINAR I:

TRONDHEIM – seminarleiar ikkje avklart enno

2-ÅRIG VIDAREGÅANDE SEMINAR I:

OSLO – seminarleiar blir Olaf Rørøsgaard

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

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

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

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

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

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

Seminaravgift er kr 13 400,- pr. semester.

Søknadsfrist: 1. november 2024. Søknad skal sendast via heimesida <https://instpsyk.no/utdanning/nye-seminarer/soknad-til-seminar/>

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

PSYKOL OGI

MATERIELLFRISTER OG PRISER 2024

SPECIALPLASSERING:

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

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

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

Fargetillegg kr 12 per sp.mm.

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

SMÅANNONSER:

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

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 10 000, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 900. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Kurs og konferanser» og www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen.

Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 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:

NYHETSBREVFOMATER

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
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

Annonsen 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

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



100 % stilling som psykolog i Mestrings-enheten – Ringerike kommune

Mestringsenheten gir tjenester til innbyggere over 18 år med psykisk helse- og rusutfordringer. Vi jobber med rehabilitering, stabilisering, behandling og utredning, i samarbeid med andre interne og eksterne tjenester.

Vi søker en psykolog for å ytterligere øke kompetansen i kommunen, samt etablere et tverrsektorielt psykologteam. Arbeidet vil innebære klientarbeid, veiledning og systemarbeid, med fokus på voksne med moderate til alvorlige psykiske helse- og rusproblemer.

Kvalifikasjoner:

- Autorisert psykolog i Norge, gjerne psykologspesialist
- Erfaring med målgruppen er en fordel
- Førerkort klasse B
- Gode samarbeidsevner, endringsvillig, løsningsorientert og faglig oppdatert

Vi tilbyr:

- Dagstilling med fleksitid
- Gode utviklingsmuligheter
- Kurs og kompetansehevende tiltak

Søknadsfrist: **14.10.24**

Full utlysning: www.ringerike.kommune.no

Spørsmål: Toyni.Marie.Kristiansen@ringerike.kommune.no eller tlf. 954 41 811

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



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

PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

Ønsker du å lese stillingsannonsene fra Psykologtidsskriftet raskest mulig? Vi sender deg gjerne oversiktlisten som du kan sjekke på Internett. Alle stillingsannonsene 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.

NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

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

Visepresidenter

Hanne Indregard Lind
948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Arnhild Lauveng
913 17 162
arnhild@
psykologforeningen.no

Medlemmer

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

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

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

Bjarte Bønes Bruntveit
909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

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

Lars Ravn Øhlckers
908 81 250
larsravnohlckers@gmail.com

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

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**
fhhblom@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

- 566 **Nye refleksjoner og nordisk psykoanalyse anno 2024**
Kommentar | Katharine Cecilia Williams
- 571 **Norges første spesialist i klinisk helsepsykologi**
Aktuelt
- 572 **Intensiv eksponering for agorafobi og sprøytefobi i rusbehandling**
Fra praksis | Kristian Hartmann-Kjøren
- 578 **Virtuell virkelighet, virkelig mestring: Virtual Reality som verktøy i behandling av psykoselidelser**
Evidensbasert praksis | Gjerstad et al.
- 588 **Testet veiledning med video for nye mødre**
Forskningsintervju | Matt Oxman
- 589 **En analyse av sakkyndigvurderinger i foreldretvister**
Originalartikkel | Torvik & Andenæs
- 598 **Dekning av psykologer i kommunehelsetjenesten: Sosiale og geografiske ulikheter**
Originalartikkel | Ulset et al.
- 606 **Erfaringer fra implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for posttraumatisk stresslidelse**
Ny vitenskapelig artikkel | Peters et al.
- 607 **Variasjoner i psykisk helsevern – status og forklaringsfaktorer**
Ny vitenskapelig artikkel | Bredablik et al.
- 608 **Makten i tid – timing, rytme og tiden det tar**
Etikkpanelet | Malin Fors
- 612 **MENINGER**
Debatt: Teoritørste samfunns- og allmennpsykologer (s. 612)
Kronikk: Ukulturen i teorispesifikk seleksjon og behandling | Rolf Sundet (s. 614)
- 618 **Long covid og utmattelse – ulik grad av stigma**
Nye stemmer | Silje Stevens
- 622 **INNTRYKK**
Anmeldelser: Etterlengt behandling for «den forsømte lidelse» (s. 622)
Bokessay: Ungdommens løsrivelse i en asymbolisk kultur (s. 625)
Filmessay: Livet, skjønnheten og døden – en psykoanalytisk forståelse av filmen *Dead Poets Society* (1989) (s. 634)
- 644 **Annonser**
- 651 **Stillingsannonser**