

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

# PSYK KOL OGI

Vol. 60 nr. 01 2023

**Psykologiske  
tema i palliasjon**

*Fra praksis*

---

## VR I TERAPI

*Originalartikkel  
Doktorgrad*

---

**Mobbing og  
spiseforstyrrelse**

*Oppsummert*

---

**Da #metoo traff  
psykologene**

*Aktuelt*



# PSY KOL OGI

Vol. 60 nr. 01 2023

**Sjefredaktør** Katharine Cecilia Williams, [katharine@psykologtidsskriftet.no](mailto:katharine@psykologtidsskriftet.no), tlf. 934 82 003

**Psykologfaglig redaktør** Gro Walø-Syversen, [gro@psykologtidsskriftet.no](mailto:gro@psykologtidsskriftet.no), tlf. 908 45 076

**Redaktører** Heidi Wittrup Djup, [heidi@psykologtidsskriftet.no](mailto:heidi@psykologtidsskriftet.no), tlf. 976 28 907

Patrick Michael Palmelund Faaland, [patrick@psykologtidsskriftet.no](mailto:patrick@psykologtidsskriftet.no), tlf. 922 81 183

Daniel Gunstveit, [daniel@psykologtidsskriftet.no](mailto:daniel@psykologtidsskriftet.no), tlf. 951 50 690

Ida Sund Morken, [ida.morken@psykologtidsskriftet.no](mailto:ida.morken@psykologtidsskriftet.no), tlf. 404 79 860

**Produksjonsansvarlig** Veronica Bjartan, [veronica@psykologtidsskriftet.no](mailto:veronica@psykologtidsskriftet.no), tlf. 482 38 419

**Teknisk redaktør** Christian von Schack,

[christian.schack@psykologtidsskriftet.no](mailto:christian.schack@psykologtidsskriftet.no), tlf. 483 30 455

**Journalist** Per Halvorsen, [per@psykologtidsskriftet.no](mailto:per@psykologtidsskriftet.no), tlf. 918 67 706

**Visuelt ansvarlig / desk** Nora Skjerdingsstad, [nora@psykologtidsskriftet.no](mailto:nora@psykologtidsskriftet.no)

**Redaksjonen** [redaksjonen@psykologtidsskriftet.no](mailto:redaksjonen@psykologtidsskriftet.no)

**Debatt** [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto:meninger@psykologtidsskriftet.no)

**Markedsansvarlig** Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33, [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)

**Sentralbord** 23 10 31 30

**Redaksjonsråd** Siv Hilde Berg, Harald Bækkelund, Roger Hagen, Marianne Berg Halvorsen,

Joar Overaas 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

Denne utgaven ble godkjent til trykk 21.12.2022

**Omslagsillustrasjon** Miss Boo Illustration / Bente Jørgensen

Form Bøk Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening (Journal of the Norwegian Psychological Association) er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat, Vær varsom-plakaten og medieansvarsloven. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening



# Velkommen, 2023

**Norsk psykologforening har siden 1964** utgitt medlemsblad, tidligere under navnet PSYKOLOGEN. Nesten ti år etter opprettelsen, fikk psykologenes medlemsblad ny layout og ny tittel. Juli 1973 kom Tidsskrift for Norsk psykologforening ut i sin første utgave, hvor redaksjonen redegjør: «Vi håper medlemmene vil like det nye navnet, så vel som det nye innholdet, og at det vil inspirere mange til å sende bidrag.»

**Og det gjorde norske psykologer.** Tidsskrift for Norsk psykologforening fyller altså 50 år til sommeren. Vi kommer tilbake til dette, men jeg kan likevel avsløre at akademisk ytringsfrihet og debattkultur er tema vi særlig vil trekke frem i året som akkurat har startet.

**I likhet med medie verdenen for øvrig** har Psykologtidsskriftet vært gjennom en utvikling de senere år, som ikke minst omfatter offentlig ordskifte. Anno 2023 føles det utdatert å skulle operere med en plattform avholdt til én stemme. Med sin plassering har lederen en fremskutt posisjon, og derfor har jeg reflektert mye rundt hvordan denne spalteplassen skal eller bør brukes.

**Som redaktør for psykologenes fagtidsskrift** er jeg opptatt av å fremme uenighetsfellesskapet, og av å arbeide aktivt for at stemmer blir hørt. På lederplass har jeg opplevd det som en vanskelig øvelse å balansere mellom å markere et synspunkt og samtidig gi rom for uenighet i det fellesskapet Psykologtidsskriftet skal være. Resultatet blir fort enten intetsigende eller uten rom for en reell meningsutveksling. Derfor blir dette den siste lederen jeg skriver.

**I enkelte sentrale saker vil** jeg fortsatt ytre meg, men ikke på en lederplass. Slik vil jeg bidra til en fri meningsarena som vi deler i et fellesskap.✘

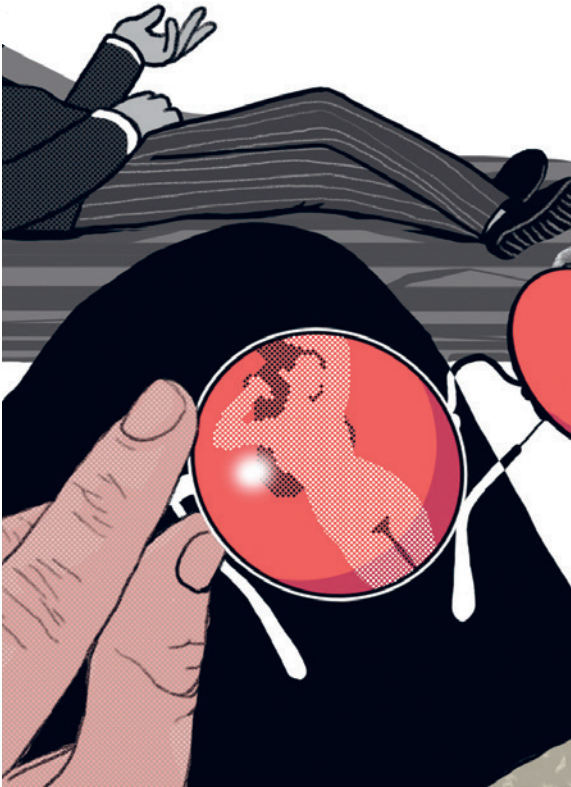


**Katharine Cecilia Williams**

Sjefredaktør  
katharine@  
psykologtidsskriftet.no



Dette blir den siste lederen jeg skriver



ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRMARK

### FAGPERSON ELLER PRIVATPERSON?

Hilde Rød-Larsen-debatten minner oss om betydningen av å være oppmerksomme på situasjoner der vi opptrer med faglig makt i private rom.

*Etikkpanelet*



ILLUSTRASJON: HILDE THOMSEN

### DEN VANSKELIGE OVERGANGEN

Debatten om overgangen fra psykologutdanning til psykolog i klinikk kan oppsummeres i ni læringspunkter, skriver forsker på ledelsesutvikling, Frode Hübertz Haaland.

*Kronikk*

# 50



FOTO: LOUIS BLYTHE / WIKIMEDIA COMMONS

## MANGLER DYBDE

Seksuelle overgrep mot funksjonsvarierte er et underbelyst tema, men Thunem og Schultz' kunne med fordel gått mer i dybden på både aktivisme og teorier, mener vår anmelder.

*Anmeldt*

# Innhold

- 1 **Velkommen, 2023**  
Leder | Katharine Cecilia Williams
  
- 4 **Da #metoo traff Psykologforeningen**  
Aktuelt | Per Halvorsen
  
- 8 **Krevjande situasjonar i psykisk helsevern for born og unge - behandlarar si erfaring med og haldning til målretta trening og virtuell røyndom**  
Originalartikkel | Stige et al.
  
- 18 **Psykologiske tema i palliasjon**  
Fra praksis | Ragnhild Avdem Fretland & Arnstein Finset
  
- 24 **Ulike veier inn til spiseforstyrrelser**  
Oppsummert | Selma Øverland Lie
  
- 27 **Fremmed i eget sinn**  
Oppsummert | Tor Gunnar Værnes
  
- 30 **Kraften i et brev**  
Fra praksis | Marianne Skogstad Eriksen & Barbora Jakobsen
  
- 36 **Fagperson eller privatperson? Det er spørsmålet**  
Etikkpanelet | Mette Ekenes Garmannslund
  
- 40 **MENINGER**  
Kronikk: Den vanskelige overgangen | Frode Hübertz Haaland (s. 42)  
Debutt: Forebygging (s. 40), Arbeidsvilkår i psykisk helsevern (s. 45), Sykdomsbegrepet (s. 46), Psykopati (s. 48)
  
- 50 **INNTRYKK**  
Anmeldelser: Ujevnt om funksjonsvariasjon og seksuelle overgrep (s. 50), Betydelig bidrag med noen mangler (s. 52)
  
- 58 **Annonser**
  
- 63 **Stillingsannonser**



DA DET SMALT Faksimiler av forsiden i VG og Dagbladet 25. januar 1992.

# Da #metoo traff Psykologforeningen

Da Psykologforeningen for drøyt tretti år siden undersøkte grenseoverskridelser i terapirommet, endte det med at foreningens øverste leder mistet lisensen og måtte gå.

## TEKST

Per Halvorsen

**L**ørdag 25. januar 1992. VG og Dagbladet hadde plukket fram de største fontene. «Psykolog i sexskandale» lød en av overskriftene. Forløpet var dramatisk: Lederen i Norsk psykologforening hadde hatt et forhold til to kvinnelige pasienter. Saken var innmeldt fagetisk råd, pressen hadde vært på sporet i flere dager. Under et ekstraordinært sentralstyremøte der skjebnen til psykologlederen stod på dagsordenen, ventet journalister fra de to avisene på gangen.

– Det var full krise. Vi sendte beskjed til tilsynsmyndighetene med ilpost. Etter kort tid ble vedkommende fratatt autorisasjonen.

Det fortalte Sverre Nielsen i jubileumsintervjuet Psykologtidsskriftet gjorde med ham da han rundet åtti våren 2020. Han var foreningens generalsekretær på det aktuelle tidspunktet.

Etter den danske avisen Informations intervju med forfatter Hilde Rød-Larsen har grense-

overskridelser i og utenfor terapirommet på nytt blitt et tema.

## TRAKK SEG FRA VERVET

I sosiale medier er det blitt etterspurt hva psykologprofesjonen selv gjør for å forebygge etiske overtramp av seksuell karakter blant egne medlemmer. For tretti år siden ble det ifølge Nielsen gjort ganske mye. Både før og etter skandalen som skaket psykologmiljøet to og et halvt tiår før #metoo la seg på alles lepper i 2017.

Det begynte med en spørreundersøkelse. Spørreskjema gikk med post til alle foreningens medlemmer for blant annet å kartlegge grenselandet mellom erotisk og ikke-erotisk kroppskontakt mellom behandler og terapeut. Undersøkelsen var den direkte foranledningen til skandalen som ble rullet opp. Spørreskjemaet ble ledsaget av et følgebrev der

foreningens leder oppfordret medlemmene til å svare. Oppfordringen ble fanget opp av folk som kjente til at han selv hadde hatt seksuelt samkvem med klienter. Dermed begynte snøballen å rulle. Lederen la seg flat, trakk seg fra vervet og ble fratatt psykologautorisasjonen i to år. Psykologtidsskriftet har vært i kontakt med vedkommende, som bekrefter de faktiske forhold, men ikke ønsker å uttale seg i saken.

### KROPPSKONTAKT I GRÅSONE

Bak undersøkelsen stod initiativtager Hanne Haavind og Marina Hvistendahl. Undersøkelsen ble gjennomført i 1991. I et vedlegg til novemberutgaven av Psykologtidsskriftet året etter, publiserte de to forskerne resultatene under tittelen «*Erotisk og ikke-erotisk kroppskontakt og berøring mellom psykologer og deres klienter*». Det viste seg at for den store majoritet av psykologene, var det nokså selvsagt å vite hvor grensen går.

Haavind sier dette var en tid som ga økt oppmerksomhet til betydningen av asymmetriske maktrelasjoner som utgangspunkt for overgrep; enten det gjaldt overgrep mot barn, vold mot kvinner eller som i dette tilfellet – seksualisering av forholdet mellom behandler og pasient.

– *Hva var det viktigste dere fant?*

– Selv om den gjennomgående holdningen var meget god, viste det seg at grenseoverskridelser forekom, og at problemet hadde et større omfang enn det antall saker som ble avslørt hvert år.

Hun mener undersøkelsen var som en slags forløper for #metoo. De som hadde noe å fortelle, kunne gjøre det anonymt. Resultatene skulle behandles som et felles anliggende for psykologprofesjonen – en form for etisk og politisk selvransakelse. Det var ifølge Haavind et selvstendig poeng å få Psykologforeningen til å stille seg bak undersøkelsen.

### FOR LAV TALL

Svarandelen var på over 70 prosent av en medlemsmasse adskillig magrere enn dagens medlemsmasse på rundt regnet 11 000. To prosent (34 personer av de 1715 som svarte) oppga at de hadde hatt seksuell kontakt med en eller flere klienter. Langt de fleste av dem menn, som medga at de hadde handlet galt overfor kvinnelige klienter.

Haavind og Hvistendahl ga uttrykk for at tallene kunne være for lave: «Det er rimelig å tenke seg at det kan være flere psykologer som har vært seksuelt involvert med sine klienter enn de som er villige til å fortelle om det ...» skrev

de i oppsummeringen av undersøkelsen. Når psykologene selv hadde gått i behandling hos en annen psykolog, var det åtte prosent som hadde opplevd seksuelle tilnærmelser.

– *Hvordan reagerte du da det viste seg at den daværende lederen i Psykologforeningen hadde hatt seksuelle relasjoner til pasienter?*

– Jeg tenkte at det var symptomatisk for hvordan situasjonen på dette området var. Det var ikke forutsigbart hvem som kan bli overgriper. Det var likevel ofte en velansett og erfaren mannlig terapeut i møte med en hjelpesøkende yngre kvinnelig klient. Ulikevekt spiller inn. Høy tillit hos den ene og behov for emosjonell oppmerksomhet hos den andre kan være en dårlig kombinasjon.

Hanne Haavinds undersøkelse var pionerarbeid i Norge. Professoren mener undersøkelsen ga godt utgangspunkt for å diskutere fagetikk og terapeutroller i fagmiljøet, noe som også ble gjort.

### UNNLATELSESYND

Hun mener mange andre terapeuter bærer med seg tvilen om hvordan man skal gå frem når man blir kjent med en klient som er blitt seksuelt utnyttet av en tidligere behandler.

– *Hva gjør man når ryktene går – kanskje om en psykologkollega som man ikke en gang kjenner, spør hun.*

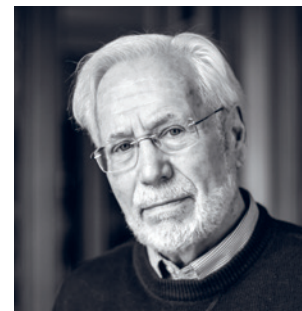
Selv bærer hun på vekten av en unnlatesynd fra 70-tallet: Allerede den gang hadde hun hørt om Sverre Varhaug, psykologen som VG hadde en artikkelserie om i 2021 fordi han hadde forgrepet seg på unge mannlige pasienter i en årrekke.

Hun sier fagetisk bevisstgjøringsarbeid er en kontinuerlig prosess, og håper at Psykologforeningen vil gjennomføre en ny undersøkelse blant medlemmene. Også fordi det er langt flere psykologer i selvstendig praksis i dag.

– *Ikke for å stigmatisere en hel gruppe, men privat praksis er et sårbart felt som krever særlig oppmerksomhet, sier hun.*

### FAGLIG FELLESSKAP

Rød-Larsens historie har aktualisert spørsmålet om hvor langt de fagetiske retningslinjene strekker seg inn i privatsfæren. Nyvalgt leder i Psykologforeningens fagetiske råd (FER), Mette Ekenes Garmannslund, sier på generelt grunnlag at det kan være vanskelig å trekke opp et klart skille mellom fagutøvelse og privatliv. Hun sier det fins eksempler på at helse- >>



### I FØRSTE LINJE

Sverre L. Nielsen var generalsekretær for 31 år siden da Psykologforeningens øverste tillitsvalgte måtte trekke seg fra vervet. Foto: Nora Skjerdingsstad



### GRENSE-OVESKRIDELSER

Professor emerita Hanne Haavind var initiativtager til undersøkelsen som kartla medlemmenes syn på grenseoverskridelser. Foto: Per Halvorsen

- Når psykologene selv hadde gått i behandling hos en annen psykolog, var det åtte prosent som hadde opplevd seksuelle tilnærmelser

*Hanne Haavind, professor emerita, UiO*

personell kan begå etiske overtramp selv om de ikke har etablert en formell behandlerrelasjon til pasienten.

- Tar du med deg din faglige tyngde inn i en privat relasjon og handler som psykolog overfor en som ikke formelt er din klient, går du inn i en psykologrolle og kan stilles til ansvar både juridisk og fagetisk, sier hun.

- *Hva kan psykologer gjøre når de opplever at de er på vei inn i en etisk gråsoner?*

- Reflektere over egne behov, holdninger og vurderinger. Det samme gjelder rollen psykologen påtar seg i den aktuelle relasjonen. Vi kan dessuten ha godt av hjelp utenfra til å sortere hva som påvirker valgene vi gjør og hvilke konsekvenser de kan få for andre, sier hun.

Hun mener at et kollegialt fellesskap er viktig for å forebygge at psykologer havner i situasjoner som kan ende med etiske overtramp.

- Ikke alle praktiserende psykologer er utrustet med et slikt fellesskap, påpeker hun.

#### VARIG TILBAKEKALL?

FER-lederen, som også var medlem av Pasientovergrepsutvalget som Regjeringen nedsatte i 2021 i kjølvannet av Varhaugsaken, mener det er viktig hvordan fagetikken ivaretas av Psykologforeningen gjennom kravene til å kunne opprettholde spesialiteten. Hun mener at etikk og rolleforståelse må få fast plass i vedlikeholdskravet. Slik er det ikke i dag.

Hun legger også vekt på at Psykologforeningen bør ta en aktiv rolle og tilby sin kompetanse når det gjelder tilsynsmyndighetenes retningslinjer for hva som skal til for å få autorisasjonen tilbake.

- I dag er det ikke strenge nok kontroller med at det har foregått et reelt endringsarbeid hos psykologen som er i prosess for å få autorisasjonen tilbake, sier hun.

Hun forteller at det blant annet kreves en erklæring fra en veileder/terapeut som psykologen selv har valgt. Hun mener det gjør systemet sårbart.

- Praksisen på dette området er i liten grad kunnskapsbasert. Det gjøres ingen rutinemessig kartlegging av risikofaktorer eller evaluering av endring.

- *Bør det være krav om egenerapi før psykologen får autorisasjonen tilbake?*

- Det er stor variasjon i sakene som ender med tilbakekall av autorisasjon. I noen saker vil veiledning være nok. Hvis det ligger alvorlig problematikk bak autorisasjonstapet, er det mer nærliggende å tenke seg at behovet for egenerapi vil slå inn, sier hun.

- *Hva med FERs egen rolle: Burde det være lavere terskel enn i dag for å kunne søke råd og veiledning av dere?*

- Vi har ikke mandat eller kapasitet til omfattende individuelt veiledningsarbeid, men har en ukentlig rådgivningstjeneste på telefon der man kan ringe oss og ta opp fagetiske spørsmål. Det er svært viktig at alle psykologer, uavhengig av hvor de arbeider eller befinner seg i et eventuelt spesialistløp, har tilgang til veiledning som er nødvendig for å sikre god og trygg praksis, sier hun.

- *I rapporten til Pasientovergrepsutvalget som tok utgangspunkt i krenkelses i helse- og omsorgstjenesten i 2010–2020, foreslås blant annet mulighet for varig tilbakekall av autorisasjon i tilfeller der det antas at helsepersonellet også i fremtiden vil være en pasientrisiko. Hva er din holdning til det spørsmålet?*

- I noen tilfeller er handlingene og omstendighetene så grove og alvorlige at det uavhengig av endringsarbeid ikke vil være mulig å gjenopprette tillit som helsepersonell. Da bør Helsetilsynet kunne vedta varig tilbakekall, svarer Garmannslund. »



## Åpner for etikk på vedlikeholdskurs

Psykologforeningen vurderer å gi mer plass til etikk på vedlikeholdskurs.

**PSYKOLOGFORENINGENS PRESIDENT** Håkon Kongsrud Skard sier det kan være aktuelt å gi mer plass til temaer som etikk og psykologers rolleforståelse på kursene som psykologer må gjennomføre for å opprettholde sin spesialistkompetanse.

– Sentralstyret vurderer alltid hvilke krav som ligger i spesialistutdanningen og vedlikehold. Det vil være naturlig med et ekstra fokus på dette framover, skriver han i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Han minner om at tematikken står på dagsordenen i andre deler av spesialistutdanningen og på kurs for tillitsvalgte.

– På fellesprogrammet lærer psykologer blant annet om bevissthet om maktforhold og ansvar knyttet til yrkesutøvelsen og fagetikk.

Skard skriver at alenetid med pasienter og mangel på kollegastøtte kan være risikofaktorer for grenseoverskridelser.

– Hvis man jobber alene, krever det særlig bevissthet. Da kan man ha nytte av tilgang til andre kollegaer å drøfte med.

– I 1991 ble det gjennomført en medlemsundersøkelse for å kartlegge medlemmenes holdninger til ulike former for kroppskontakt med pasienter (Haavind & Hvistendahl, 1992). Den ga støtet til at etiske problemstillinger fikk større plass i foreningen enn de hadde hatt før. Har foreningen planer om å gjennomføre en tilsvarende medlemsundersøkelse i dag?

– Om det skal gjennomføres en ny medlemsundersøkelse med fokus på holdninger, er også et spørsmål som er opp til det nyvalgte sentralstyret. En eventuell holdningsundersøkelse må inngå i den samlede vurderingen av foreningens tiltak når det kommer til fagetikk og grenseoverskridelser.

### REFERANSE

Haavind, H. & Hvistendahl, M. (1992). Erotisk og ikke-erotisk kroppskontakt og berøring mellom psykologer og deres klienter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 29(11).

## Uklar grense mellom proff og privat

Loven gir ikke konkret svar på hvor grensen går for hva en psykolog kan gjøre privat overfor en som ikke er pasient.

**DET FORMIDLER PSYKOLOGSPESIALIST** og seniorrådgiver i Helsetilsynet, Pål Kristian Molin, i en e-post til Psykologtidsskriftet.

– Et konkret svar på grensene for private handlinger fremgår ikke av Lov om helsepersonell. Loven beskriver at helsepersonell har flere plikter i kraft av å være helsepersonell, og omtaler på denne måten ikke bare plikter i pasientrelasjoner. Å skulle trekke en klar grense lar seg imidlertid ikke gjøre. Et relevant vilkår kan være å vurdere om helsepersonellets atferd utgjør brudd på vilkåret om «atferd som anses uforenelig med yrkesutøvelsen».

I perioden 2011–2020 gjennomgikk Statens helsetilsyn 147 tilsynssaker om seksuelle grenseoverskridelser blant helsepersonell. Femten av sakene gjaldt psykologer. Autorisasjonen ble tilbakekalt for ni av dem.

– *Hvordan vil du vurdere graden av alvor i sakene?*

– Alle former for rollesammenblanding er alvorlige. Saker der helsepersonell inngår intime eller seksuelle relasjoner med pasienter eller brukere, ser vi særlig alvorlig på. Det samme gjelder hvis de opptre seksuelt grenseoverskridende overfor pasienter og brukere. Slike saker skal alltid oversendes fra Statsforvalteren til Helsetilsynet for vurdering av en administrativ reaksjon, skriver Molin.

Han opplyser at Helsetilsynet avdekket at om lag 65 prosent av alle sakene i undersøkelsen omhandlet privatiserte relasjoner med svært ulik grad av asymmetri og utnyttelse av stilling. For om lag 24 prosent av sakene var hovedtemaet at helsepersonellet begikk seksuelt grenseoverskridende handlinger. Dette kan være alt fra beføling til voldtekt, og kan også omhandle verbale ytringer eller seksualisert kommunikasjon med pasient eller bruker.

– *I hvor stor grad kan vi anta at det er mørketall?*

– Når vi sammenligner kunnskapen vi har fra omfangsundersøkelsene med omfanget saker som havner hos tilsynsmyndighetene, er det naturlig å anta at mange saker ikke blir kjent eller varslet om, skriver Molin.

Han mener både virksomhetene, utdanningsinstitusjonene og profesjonsforeningene har stort ansvar for å forebygge grenseoverskridende hendelser. ✖

**ORIGINALARTIKKEL**TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2023 VOL. 60 NR. 01 S. 8-17 DOI: <https://doi.org/10.52734/on55924C>

# Krevjande situasjonar i psykisk helsevern for born og unge – behandlarar si erfaring med og haldning til målretta trening og virtuell røyndom

Signe Hjelen Stige<sup>1</sup>, Gro Fjellheim<sup>2</sup>, Irene Elgen<sup>2</sup> & Endre Visted<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen, Bergen

<sup>2</sup> Klinikk psykisk helsevern for barn og unge, Haukeland universitetssjukehus, Bergen

**KONTAKT**

signe.stige@uib.no

**MERKNAD**

Forfatarane oppgir ingen interessekonfliktar

**FAGFELLEVDERT**

## Samandrag

**Formål:** Undersøke erfaring med og interesse for målretta trening og virtuell røyndom (VR) blant behandlarar i psykisk helsevern for born og unge, samt kva kliniske situasjonar som kunne vere særleg relevante å trene på.

**Metode:** 59 behandlarar svarte på ei anonym, elektronisk spørjeskjemaundersøking.

**Resultat:** Deltakarane hadde lite erfaring med målretta trening og VR, men viste stor interesse for å prøve ut dette. Sitasjonar der føresette var sinte, vart rangert som mest krevjande, medan situasjonar der klienten framstod som passiv, stille og tilbaketrekt, var den situasjonen deltakarane oftast stod i. Det var stor variasjon i kor krevjande deltakarane opplevde dei ulike situasjonane.

**Implikasjonar:** Vi brukar desse resultatane som utgangspunkt for å reflektere kring utvikling av terapeutferdigheiter etter fullført utdanning meir generelt og innan konteksten psykisk helsevern spesielt.

**Nøkkelord:** terapeututvikling, målretta trening, VR, krevjande kliniske situasjonar, psykisk helsevern born og unge

Når ein skal forsøke å forklare variansen ein ser i effekt av psykoterapi, kan så mykje som 5–6 % tilskrivast terapeuten som person – altså kven det er som gir behandlinga, og korleis dette blir gjort (Chow et al., 2015). Ein har til dømes sett at dei som sjølv i krevjande mellommenneskelege situasjonar er i stand til å respondere med tryggleik, varme, håp og empati, klarer å hjelpe fleire klientar (Anderson et al., 2009; Anderson et al., 2016). Forsking på kva som kjenneteiknar gruppa terapeutar som er særleg effektive, viser at desse evnar å få klientar med eit bredt spekter av vanskar til å føle seg forstått, å bygge tillit, gi klientane ei forklaring på vanskan som gjev mening for dei, og å få med seg klienten på eit felles terapeutisk prosjekt (Wampold, 2014). Frå eit langvarig fokus på differensiert effekt av ulike metodar har fokuset innan psykoterapifeltet difor dei siste tiåra i aukande grad blitt utvida til å inkludere terapeutfaktorar (McLeod, 2014).

Denne dreinga mot å forstå betre kva som kjenneteiknar skikkeleg gode terapeutar, har også tydeleggjort at den tradisjonelle konseptualiseringa av ekspertiseutvikling for terapeutar må justerast. Tradisjonelt har vi lagt vekt på klinisk erfaring og rettleiing i kombinasjon med kursing når vi har tenkt på utvikling av terapeutiske ferdigheiter og ekspertise innan psykisk helsevern. Psykoterapiforskinga har derimot vist at erfaring aleine ikkje er forbunde med å vere ein meir effektiv terapeut (Tracey et al., 2014). Heller ikkje kjønn, alder, teoretisk tilknytning eller arbeidsbelastning skil effektive frå mindre effektive terapeutar (Chow et al., 2015). Noko forsking viser også at sjølv om det er stor variasjon mellom terapeutar, er det ein tendens til at effektivitet går noko ned over tid, men at erfaring er forbunde med andre relevante mål, som lågare fråfall (Goldberg et al., 2016b).

Om vi skal sjå etter spor i psykoterapiforskinga som kan fortelje oss noko om korleis vi kan utvikle kliniske ferdigheiter og ekspertise i klinisk praksis, teiknar det seg nokre potensielle vegar. Chow og kollegaer (2015) fann til dømes at gruppa med mest effektive terapeutar brukte over dobbelt så mykje tid kvar veke på å observere og forbetre eige arbeid som dei minst effektive terapeutane. Forsking viser også at effektive terapeutar har ei høg grad av sjølvmedvit, dei er oppdaterte på forskingskunnskap, og søker stadig å forbetre seg (Wampold, 2014). Då Tracey og kollegaer (2014) skulle prøve å forklare kvifor terapeuteffektivitet såg ut til å gå ned over tid, peika dei til dømes på mangelen på tilbakemelding. Dette er interessant, fordi vekslinga mellom eksperttilbakemelding og medviten, systematisk øving på spesifikke læringsoppgåver inngår som heilt sentrale element i målretta trening, som

blir brukt som rammeverk for ekspertutvikling innan ei rekke fagfelt (Ericsson & Harwell, 2019).

Ulikt mange andre område har ikkje psykoterapi hatt noko heilskapleg og etablert tenking kring ekspertisebygging. Ein har heller ikkje sett same utvikling av effektivitet innan psykoterapifeltet som ein har sett innan andre disiplinær dei siste tiåra, til trass for at talet behandlingsmodellar har auka drastisk (Rousmaniere et al., 2017). Målretta trening har difor i aukande grad blitt lansert som eit mogleg svar på korleis ein kan jobbe for å utvikle kliniske ferdigheiter og ekspertise i klinisk praksis (Miller et al., 2020; Rousmaniere, 2016; Rousmaniere et al., 2017). Sjølv om det foreløpig er lite empiri på dette området og ein ikkje har studert inngåande korleis målretta trening fremmer utvikling av terapeutiske ferdigheiter, har ein eksempel på prospektive studiar som indikerer at det å introdusere fokus på målretta trening og utfall i klinikk aukar klinikarar sin effektivitet (Goldberg et al., 2016a), samt at det har potensial til å forbetre terapeutiske ferdigheiter (Goldberg et al., 2016a; Hill et al., 2020; Perlman et al., 2020; Westra et al., 2021).

Tilpassa ein klinisk kontekst kan målretta trening skje på ein rekke måtar, inkludert å observere video av krevjande situasjonar (eigne eller andre sine) for å auke sjølvmedvit og reguleringskapasitet, øve på å respondere på videoar av krevjande situasjonar for å utvide repertoar, øve på modellspesifikke intervensjonar og så vidare. Dei siste åra har teknologisk utvikling også gjort virtuell røyndom (VR) meir tilgjengeleg og brukarvennleg, og dermed eit potensielt hjelpemiddel for målretta trening av terapeutiske ferdigheiter. Med VR-teknologi blir sensorisk stimuli frå den fysiske verda bytt ut med simulerte scenario som personen kan påverke og interagere med (Riva, 2022). Behandlarar kan til dømes på ein meir ektefølt måte få erfare korleis det er å sitte med ein pasient som ytrar suidale tankar, eller ein pasient som er konfronterande og sint. I tillegg til å bli kjent med eigne reaksjonar kan ein øve på responsar i slike situasjonar, både på eiga hand, i rettleiing eller i ei gruppe med andre behandlarar. Dette gjer det mogleg å trene på utfordrande og risikofylte situasjonar, utan reell risiko. Studiar viser at VR kan bidra til engasjement og motivasjon, samt innlæring av nye ferdigheiter (Kyaw et al., 2019).

Sjølv om målretta trening og VR viser potensial som ein måte å jobbe systematisk med utvikling av terapeutferdigheiter på, er kunnskapsgrunnlaget enno tynnt (Clements-Hickman & Reese, 2020). Psykoterapi er ein sær kompleks aktivitet, med eit utal rørlige delar, om ein kan kalle det det, som verkar saman. Terapi er i sin natur dialogisk, og kan ikkje eksistere utan samhandlinga mellom terapeuten og den eller dei ein skal

hjelp (Oddli, 2014). Samtidig er terapi ramma inn av eit tydeleg makthierarki, der terapeuten ber eit særleg ansvar for prosessen. Inkludert i dette ansvaret ligg oppgåva med å tilpasse behandlinga til den enkelte (jf. prinsippløringa for evidensbasert psykologisk praksis; Norsk psykologforening, 2007) og kontinuerleg å evaluere om intervensjonar fungerer, og justere behandlinga deretter (jf. responsivitet; Stiles et al., 1998). Det å skulle prøve å peike på kva som kjenneteiknar effektive terapeutar, er difor ei krevjande oppgåve og fordrar at ein er sær sårbar (McLeod, 2014). Samtidig har vi eit ansvar for å tilby behandling som hjelper, og unngå skade. Vi må tenke klokt kring korleis vi best kan legge til rette for utvikling av terapeutiske ferdigheiter og ekspertise, også etter fullført utdanning. Vi treng difor å vite noko om korleis dei som jobbar i psykisk helsevern, tenker kring det å skulle jobbe systematisk med utvikling av terapeutferdigheiter.

I ei tidlegare undersøking fant vi at det var tre situasjonar som utmerka seg ved både å førekomme hyppig og bli opplevd som særleg krevjande (Stige et al., 2019): Situasjonar der 1) klienten framstod som suicidal; 2) det var krevjande å etablere felles fokus for terapien, og; 3) klienten framstod som stille og passiv. I denne undersøkinga hadde vi derimot ikkje inkludert spørsmål kring målretta trening og VR. Det er også aspekt ved kliniske situasjonar innan psykisk helsevern for born og unge som ikkje vart godt fanga opp av den opphavslege spørjeskjemaundersøkinga, som det at ein jobbar med fleire ulike aktørar. Sidan førre undersøking har vi i tillegg i snart to år hatt ein pandemi og unntakstilstand som samfunn og helsevesen. I PBU har ein til dømes hatt ei kraftig auke i tilvisingar, auka ventetid og høgt arbeidspress (Bjørndal, 2021; Ramsvik & Pedersen, 2022). I denne artikkelen undersøker vi difor:

1. Kva erfaring har tilsette i psykisk helsevern for born og unge med målretta trening og VR, og kva haldningar har dei til å jobbe med utvikling av terapeutiske ferdigheiter innan eit slikt rammeverk?
2. Kva typar situasjonar opplever tilsette i psykisk helsevern for born og unge som særleg krevjande og nyttige å øve på?

## Metode

### Spørjeskjema og analysar

Spørjeskjemaet vart lagt inn i SurveyXact og hadde to hovuddelar. Spørsmål om erfaring og haldning til VR og målretta trening vart konstruert av prosjektgruppa, og bestod av ei blanding av spørsmål med

svaralternativ og opne spørsmål. Spørsmål om opplevd vanskegrad og hyppigheit av ulike kliniske situasjonar tok utgangspunkt i den tidlegare undersøkinga (Stige et al., 2019) og nytta ein Likert-skala frå 1 til 5. Type situasjonar vart utvida og tilpassa konteksten psykisk helsevern born og unge, mellom anna ved å inkludere situasjonar med samhandling med føresette og samarbeidspartnarar. Denne delen av spørjeskjemaet vart også sendt til Torbjørn Nilsen ved NTNU. I tillegg inkluderte vi demografiske og yrkesmessige spørsmål. For komplett spørjeskjema, sjå appendiks. Statistiske analyser blei gjort med SPSS Statistics 28, og kvalitativ innhaldsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004) blei brukt på dei opne spørsmåla. Prosjektet er registrert i UiB sitt system RETTE (referanse C1705).

### Rekruttering og datainnsamling

E-post med lenke til spørjeskjemaet vart sendt til alle tilsette i PBU i Helse Bergen i slutten av november 2021 med ei påminning i januar 2022. Undersøkinga var anonym, og gjennomføring vart rekna som samtykke til deltaking. Deltakarane genererte ein personleg kode som gjorde det mogleg å trekke samtykke til deltaking og be om sletting av data. Ingen deltakarar trekte seg.

### Deltakarar

Av 290 potensielle deltakarar svarte 59 på undersøkinga (20 %). Over halvparten av deltakarane var psykologar (54 %). I tillegg svarte legar, sjukepleiarar, sosionomar, vernepleiarar og pedagogar. Av desse var 74 % kvinner og 38 % kliniske spesialistar, der 78 % jobba poliklinisk, 12 % i ambulerande team og 10 % på døgn. Nitti prosent var eldre enn 30 år, og det var flest i aldersgruppa 40–50 år (40 %). Dei hadde i snitt jobba klinisk med born og ungdom i 9,74 år ( $SD = 7.4$ ) og hadde i snitt 15 klientkonsultasjonar i veka ( $SD = 5.7$ ). Den låge svarprosenten må takast omsyn til når ein les resultata, då det er sannsynleg at interesse for VR og målretta trening har vore ein selekterande variabel.

## Resultat

### Erfaring med målretta trening og VR

Majoriteten av deltakarane hadde noko erfaring med rettleiing med utgangspunkt i video av eige terapeutisk arbeid (berre 38.2 % hadde inga erfaring med dette). VR og målretta trening var meir ukjent for deltakarane. Heile 60 % hadde aldri prøvd VR-briller, og berre 16.3 % av deltakarane hadde prøvd VR-briller som del av ferdighetstrening. Deltakarane hadde også

lite til inga erfaring med målretta trening som rammeverk for utvikling av terapeutferdigheiter (50.9 % hadde inga erfaring, berre 1.8 % hadde mykje erfaring). Interessa for å bruke målretta trening og VR som rammeverk for utvikling av terapeutiske ferdigheiter var derimot stor. Berre 1.7 % var ikkje interessert i målretta trening, og 5.6 % var ikkje interessert i å bruke VR i utvikling av terapeutiske ferdigheiter. Andelen som var ganske eller svært interessert i å bruke målretta trening og VR som rammeverk for utvikling av terapeutiske ferdigheiter, var på 72.2 %. Når det gjaldt måte å organisere målretta trening på, ynskte majoriteten (61.1 %) å ha ein kombinasjon av individuell trening og gruppediskusjonar. Berre 7.4 % ynskte at dette skulle inngå som ein del av rettleiinga dei alt mottok.

Innhaldsanalyse av dei opne svara viste at dei største fordelane deltakarane såg ved å introdusere målretta trening og VR i psykisk helsevern for born og unge, var moglegheita til å få trene på realistiske situasjonar, kunne øve utan at feil fekk konsekvensar, moglegheit for felles fokus på krevjande situasjonar, og det å kunne fokusere eksplisitt på å utvikle terapeutiske ferdigheiter. Dei største hindera deltakarane såg, var tidspress og at situasjonane ikkje skulle opplevast realistiske nok eller relevante i deira situasjon.

### Særleg krevjande kliniske situasjonar

Som det kjem fram i tabell 1, var situasjonar der føresette framstod sinte og konfronterande den situasjonen deltakarane opplevde som mest krevjande ( $M = 3.65$ ,  $SD = 0.96$ ), etterfølgt av situasjonar der kli-

enten ytra suicidale utsegn utan at ein fekk fram konkret informasjon om planar eller fekk etablert kriseplan ( $M = 3.46$ ,  $SD = 1.10$ ), og situasjonar der klienten framstod som passiv, stille og tilbaketrekt ( $M = 3.44$ ,  $SD = 1.00$ ). Over 50 % opplevde desse situasjonane som ganske eller svært krevjande. Korrelasjonsanalysar viste at arbeidserfaring, yrkesgruppe og omfang klientarbeid ikkje påverka opplevd vanskegrad, men eldre deltakarar opplevde situasjonar med sinte og konfronterande føresette ( $r = -.303$ ,  $p = .032$ ) og samarbeidspartnarar ( $r = -.330$ ,  $p = .022$ ) som mindre krevjande enn yngre deltakarar, og kvinner opplevde situasjonar der dei ikkje kjende empati for klient ( $t = 2.66$ ,  $p = .011$ ) eller føresette ( $t = 2.21$ ,  $p = .035$ ), som meir krevjande enn menn.

Som ein kan lese i tabell 2, stod deltakarane oftast i situasjonar der klienten framstod som passiv, stille og tilbaketrekt ( $M = 3.59$ ,  $SD = 0.83$ ), etterfølgt av situasjonar der pasienten framstod som overvelda ( $M = 3.31$ ,  $SD = 0.70$ ), og situasjonar der føresette var uroa for om klienten er suicidal ( $M = 3.08$ ,  $SD = 0.73$ ). Sjølv om desse tre situasjonane var hyppigast førekommande, var det stor skilnad i kor stor andel som opplevde slike situasjonar ofte eller svært ofte. Av deltakarene opplevde 54.2 % situasjonar der klienten framstod passiv, ofte eller svært ofte, og 50.9 % opplevde slike situasjonar som ganske eller svært krevjande. Til samanlikning opplevde 37.3 % av deltakarane ofte eller svært ofte at klienten framstod som overvelda, men berre 26.3 % opplevde denne typen situasjonar som ganske eller svært krevjande.

**Tabell 1**

Oversikt over dei situasjonane deltakarane opplevde som mest krevjande, samt andel som opplevde desse situasjonane ofte eller svært ofte.

Type situasjon	Gj.snitt <sup>a</sup> (SD)	Spenn	Ganske eller svært krevjande	Ofte eller svært ofte
Føresette framstår som sinte og konfronterande	3.65 (0.96)	2–5	59.6 %	8.5 %
Pasienten ytrar suicidale utsegn, utan at du får fram konkret informasjon om planar eller etablert kriseplan*	3.46 (1.095)	1–5	50.0 %	13.6 %
Pasienten framstår som passiv, stille og tilbaketrekt*	3.44 (1.00)	1–5	50.9 %	54.2 %
Føresette er veldig ueinige om kva som er situasjonen*	3.37 (0.938)	1–5	47.4 %	6.8 %
Føresette har vanskar med å forhalde seg til terapeutiske rammer (grensesetting)	3.30 (1.043)	2–5	44.6 %	8.5 %
Føresette framstår som overvelda/dysregulert	3.25 (1.142)	1–5	47.3 %	10.3 %
Samarbeidspartnarar (f.eks. i skule eller barnevern) framstår som sinte og konfronterande	3.18 (1.042)	1–5	43.6 %	0 %

*Merknad.* SD: standardavvik; gj.snitt: gjennomsnitt. \*Situasjonar som både var blant dei mest krevjande og hyppigast førekommande.

<sup>a</sup>Likert-skala 1–5: 1 = ikkje krevjande i det heile tatt, 2 = litt krevjande, 3 = noko krevjande, 4 = ganske krevjande, 5 = svært krevjande

**Tabell 2**

Oversikt over dei situasjonane deltakarane opplevde hyppigast, samt andel som opplevde desse situasjonane som svært eller ekstremt krevjande.

Type situasjon	Gj.snitt <sup>^</sup> (SD)	Spenn	Ofte eller svært ofte	Ganske eller svært krevjande
Pasienten framstår som passiv, stille og tilbaketrekt*	3.59 (0.833)	2–5	54.2 %	50.9 %
Pasienten framstår som overvelda/dysregulert	3.31 (0.701)	2–5	37.3 %	26.3 %
Føresette er bekymra for om pasienten er suicidal	3.08 (0.726)	1–5	20.3 %	32.1 %
Det er vanskeleg å etablere og oppretthalde felles fokus for det terapeutiske arbeidet	2.98 (0.656)	1–4	18.6 %	26.3 %
Føresette snakkar mykje, og det er vanskeleg å sleppe til som behandlar	2.86 (0.601)	1–4	10.2 %	29.8 %
Føresette er veldig ueinige om kva som er situasjonen*	2.86 (0.507)	2–4	6.8 %	47.4 %
Pasienten ytrar suicidale utsegn, utan at du får fram konkret informasjon om planar eller etablert kriseplan*	2.85 (0.847)	1–5	13.6 %	50.0 %

*Merknad.* SD: standardavvik; gj.snitt: gjennomsnitt. \*Situasjonar som både var blant dei mest krevjande og hyppigast førekommande.  
<sup>^</sup>Likert-skala 1–5: 1 = aldri, 2 = sjeldan, 3 = nokre gonger, 4 = ofte, 5 = svært ofte

Tre situasjonar var både blant dei hyppigast førekommande og mest krevjande (klienten framstår passiv; ueinigheit blant føresette om situasjonen; klienten ytrar suicidale utsegn).

### Diskusjon og implikasjonar

Openheita som deltakarane viser for å ta i bruk målretta trening og VR som ein måte å styrke egne terapeutiske ferdigheiter på, er i tråd med tidlegare forskning på terapeututvikling (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Terapeutar ynskjer å bli betre, men metodane vi så langt har brukt for å få til dette, har i lita grad påverka faktiske ferdigheiter hos terapeutane (Rousmaniere et al., 2017, s. 24). Forsking har vist at terapeutar ikkje automatisk blir betre med erfaring (Tracey et al., 2014), og at det å introdusere eit eksplisitt fokus på målretta trening og utfall kan gjere terapeutar betre i stand til å hjelpe klientane sine (Goldberg et al., 2016a). Samtidig er målretta trening kognitivt krevjande og tek tid (Chow et al., 2015; Ericsson & Harwell, 2019; Rousmaniere et al., 2017). Sjølv om utvalget er lite, og truleg er selektert på interesse for VR og målretta trening, er det interessant at deltakarane var så positive til å prøve ut denne tilnærminga til utvikling av terapeutferdigheiter gitt ein situasjon med stort arbeidspress. Deltakarane viser likevel medvit om betydninga av strukturell tilrettelegging for å kunne bruke eit slikt rammeverk, der tidspress blei vurdert som det største hinderet. Funna peikar difor på betydninga av måten helseføretak og arbeidsgivarar tenker kring, og legg til rette for, fortsatt utvikling av terapeutiske ferdigheiter, og kva aktivitetar

som blir vurdert som naudsynt og tilstrekkeleg for å oppnå dette.

I tråd med tenkinga kring målretta trening (Ericsson & Harwell, 2019; Rousmaniere et al., 2017) ynskter majoriteten av deltakarane å kunne veksle mellom å trene på eiga hand og gruppreleksjon. Dette er sentralt, fordi eigentrening er avgjerande for å utvikle ferdigheiter innan dette rammeverket, samtidig som tilbakemelding og moglegheit til å få hjelp til å finne konkrete læringsoppgåver også er naudsynt (Rousmaniere et al., 2017, s. 26). Moglegheita for veksling mellom eigentrening og felles refleksjon heng også saman med fordelane deltakarane ser med denne typen øving, der dei i fellesskap kan fokusere på krevjande kliniske situasjonar. Desse ynskja fell også saman med tenking kring ekspertiseutvikling innan psykoterapi, der ein etter fullført utdanning i større grad kan bruke kollegaer og eiga erfaring som hjelp til å få tak i kva som er dei kliniske styrkane ein har, og kva ferdigheiter ein treng å øve på (Rousmaniere et al., 2017). Eksperttilbakemelding inngår likevel som eit sentralt element i målretta trening (Ericsson & Harwell, 2019), og var ein viktig del av studien der introduksjon av fokus på målretta trening og utfall auka terapeutane sin effektivitet (Goldberg et al., 2016a).

Resultata frå undersøkinga indikerer også kva situasjonar behandlarar i psykisk helsevern for born og unge opplever som særleg krevjande, og difor relevante å øve på. I tråd med resultata i den opphavlege undersøkinga (Stige et al., 2019) opplevde også deltakarane i denne undersøkinga at situasjonar der klienten ytrar suicidale utsegn, og situasjonar der klienten er passiv og tilbaketrekt, både skjer ganske

ofte og er krevjande å stå i. Situasjonar der klientar er passive og tilbaketrekte er likevel rapportert å skje hyppigare i denne undersøkinga. Av deltakarane rapporterte 30,2 % å oppleve slike situasjonar ofte eller svært ofte i den opphavlege undersøkinga (Stige et al., 2019), medan 54,2 % av deltakarane i denne undersøkinga rapporterte å oppleve slike situasjonar ofte eller svært ofte. Dette er i tråd med forskning, som viser at fråfallsraten i psykisk helsevern for born og unge er høg (de Haan et al., 2013), og der det å engasjere ungdomsklientar i eit felles terapeutisk prosjekt både er ei sentral og ei krevjande klinisk oppgåve som behandlarar brukar mange ulike strategiar for å løyse (Stige et al., 2021).

Situasjonar der føresette vart sinte, var likevel den mest krevjande situasjonen for deltakarane i denne undersøkinga. Dette vart opplevd som meir krevjande enn situasjonar der klienten ytra suicidale utsegn. Resultata frå denne undersøkinga er i så måte i tråd med det som kom fram under dei opne spørsmåla i førre undersøking, der situasjonar der føresette var aggressive eller hadde kopla seg av ansvaret for vanskaner til barnet/ungdommen, utgjorde konkrete eksempel på situasjonar som ikkje vart fanga opp av spørjeskjemaet (Stige et al., 2019).

Det at ein så aktivt må forhalde seg til føresette og samarbeidspartnarar, er noko av det som skil arbeid i psykisk helsevern for born og unge frå andre deler av psykisk helsevern, og fem av dei sju mest krevjande situasjonane i denne undersøkinga omhandlar situasjonar med føresette eller samarbeidspartnarar. Resultata har difor viktige implikasjonar for tenking kring utvikling av terapeutferdigheiter etter fullført utdanning, der klinisk kontekst, som alder på klientar, kan ha betydning for kva type ferdigheiter og situasjonar som er særleg relevante å øve på.

Resultata viser også at det er stor variasjon i kor krevjande ulike behandlarar opplever dei ulike situasjonane, uttrykt både gjennom stor range og stort standardavvik, og at alder påverkar kor krevjande det opplevast at føresette og samarbeidspartnarar blir sinte og konfronterande. I tillegg ser vi at kjønn påverka opplevd vanskegrad av det å ikkje kjenne empati for klient eller føresette. Dette peiker på betydninga av å legge inn stor grad av fleksibilitet i måten målretta trening blir organisert på, for å sikre at flest mogleg får øve på situasjonar dei opplever som krevjande og relevante. Dette vil vere i tråd med modellen for ekspertiseutvikling presentert av Rousmaniere og kollegaer (2017), der det særleg etter fullført utdanning er viktig med individuelle mål for ekspertiseutvikling. Ein viktig del av dette vil truleg vere å utvikle eit stort utval videoar ein kan trene på ved

hjelp av VR, både når det gjeld type situasjonar og vanskegrad.

### Metoderefleksjon og framtidig forskning

Resultata er basert på eit lite bekvemmelighetsutval med låg svarprosent. Sjølv om deltakarane gjenspeglar personalsamansetninga knytt til utdanning, kjønn og alder er det sannsynleg at interesse for VR og målretta trening har vore ein selekterande variabel. Det blir difor viktig å undersøke om resultata kan overførast til andre behandlingssituasjonar. Undersøkinga viser at dei deltakarane som svarte, ser eit potensial i målretta trening og VR for å utvikle terapeutiske ferdigheiter innan psykisk helsevern, sjølv om dei hadde lite erfaring med ein slik måte å jobbe på. Denne undersøkinga dannar difor grunnlag for å kunne tenke kring moglege måtar å utforme og prøve ut trening av kliniske ferdigheiter i psykisk helsevern på, inkludert betydninga av å ta omsyn til individuell variasjon i opplevd vanskegrad. Undersøkinga seier likevel ingenting om korleis implementering av ei slik trening vil bli tatt imot eller effekten av ein slik måte å organisere trening av kliniske ferdigheiter på. Dette peikar på viktig framtidig forskning for å kunne vurdere potensialet i eit slikt rammeverk for profesjonell utvikling. Slik forskning bør inkludere mål på endring i opplevd vanskegrad, pasientutfall og behandlarar sine mellommenneskelege ferdigheiter (t.d. FIS; Anderson et al., 2009, 2016), samt behandlarar si oppleving av slik trening.

### Konklusjon

Overordna viser undersøkinga at deltakarane såg potensialet i målretta trening og VR som ein måte å utvikle terapeutiske ferdigheiter på. Samtidig peika dei på viktige strukturelle og organisatoriske hindringar, som tidspress og opplevd relevans av kliniske situasjonar. Undersøkinga viser at behandlarar i psykisk helsevern for born og unge står i mange krevjande situasjonar som samsvarer med situasjonar behandlarar elles står i, til dømes der klienten er suicidal eller stille og passiv. Undersøkinga peikar også på særneigne, krevjande situasjonar for behandlarar i psykisk helsevern for born og unge, der fem av dei sju mest krevjande av desse omhandla situasjonar med føresette eller samarbeidspartnarar. Det var stor variasjon i kor krevjande ulike behandlarar opplevde ulike situasjonar. Dette peikar på betydninga av å tilpasse øvingsfokus både til kontekst og til den individuelle behandlar. Undersøkinga er basert på eit lite bekvemmelighetsutval med låg svarprosent. Ein er difor avhengig av

framtidig forskning for å avgjøre overførbarheita av funna og vurdere effekten av eit slikt rammeverk for trening av kliniske ferdigheiter. ✘

### Referansar

- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K. & Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 1–19. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755–768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Bjørndal, D. (2021, 11. april). Barn og unge sliter: – Har aldri opplevd så stor pågang. *Bergensavisen*. <https://www.ba.no/barn-og-unge-sliter-har-aldri-opplevd-sa-stor-pagang/s/5-8-1585890>
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A. & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337–345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>
- Clements-Hickman, A. L. & Reese, R. J. (2020). Improving therapists' effectiveness: Can deliberate practice help? *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(6), 606–612. <https://doi.org/10.1037/pro0000318>
- de Haan, A. M., Boon, A. E., de Jong, J. T., Hoeve, M. & Vermeiren, R. R. (2013). A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clinical psychology review*, 33(5), 698–711. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.005>
- Ericsson, K. A. & Harwell, K. W. (2019). Deliberate Practice and Proposed Limits on the Effects of Practice on the Acquisition of Expert Performance: Why the Original Definition Matters and Recommendations for Future Research. *Frontiers in Psychology*, 10:2396. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02396>
- Goldberg, S. B., Babins-Wagner, R., Rousmaniere, T., Berzins, S., Hoyt, W. T., Whipple, J. L., Miller, S. D. & Wampold, B. E. (2016a). Creating a climate for therapist improvement: A case study of an agency focused on outcomes and deliberate practice. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 53(3), 367–375. <https://doi.org/10.1037/pst0000060>
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Wampold, B. E., & Hoyt, W. T. (2016b). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1–11. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000131>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hill, C. E., Kivlighan, D. M. III, Rousmaniere, T., Kivlighan, D. M., Jr., Gerstenblith, J. A. & Hillman, J. W. (2020). Deliberate practice for the skill of immediacy: A multiple case study of doctoral student therapists and clients. *Psychotherapy*, 57(4), 587–597. <https://doi.org/10.1037/pst0000247>
- Kyaw, B. M., Saxena, N., Posadzki, P., Vseteckova, J., Nikolaou, C. K., George, P. P., Divakar, U., Masiello, I., Kononowicz, A. A., Zary, N. & Tudor Car, L. (2019). Virtual Reality for Health Professions Education: Systematic Review and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration. *Journal of Medical Internet Research*, 21(1), e12959. <https://doi.org/10.2196/12959>
- McLeod, J. (2014). Learning the craft: towards a socio-historical understanding of therapist development. I A. von der Lippe, H. A. Nissen-Lie & H. W. Oddli (red.), *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi* (s. 194–209). Gyldendal Akademisk.
- Miller, S. D., Hubble, M. A. & Chow, D. (2020). *Better results: Using deliberate practice to improve therapeutic effectiveness* (1. utg.). American Psychological Association.
- Norsk psykologforening. (2007). Prinsipperklæringen om evidensbasert praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(9), 1127–1128.
- Oddli, H. W. (2014). Klinisk ekspertise: Hvordan bruker erfarne terapeuter kunnskap? I A. von der Lippe, H. A. Nissen-Lie & H. W. Oddli (red.), *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi* (s. 70–93). Gyldendal Akademisk.
- Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. H. (2005). Theoretical integration: Cycles of work and development. I D. E. Orlinsky, M. H. Rønnestad & Collaborative Research Network of the Society for Psychotherapy Research (red.), *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth* (s. 161–181). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11157-000>
- Perlman, M. R., Anderson, T., Foley, V. K., Mimnaugh, S. & Safran, J. D. (2020). The impact of alliance-focused and facilitative interpersonal relationship training on therapist skills: An RCT of brief training. *Psychotherapy Research*, 30(7), 871–884. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1722862>
- Ramsvik, M. & Pedersen, K. (2022, 5. januar). Haukeland har behandlet 1000 flere psykisk syke barn og unge. Samtidig har ventetiden økt. *Bergens Tidende*. <https://www.bt.no/nyheter/lokalt/i/dnbVOA/haukeland-har-behandlet-1000-flere-psykisk-syke-barn-og-unge-samtidig>
- Riva, G. (2022). Virtual reality in clinical psychology. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818697-8.00006-6>
- Rousmaniere, T. (2016). *Deliberate Practice for Psychotherapists: A Guide to Improving Clinical Effectiveness* (1. utg.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315472256>
- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D. & Wampold, B. E. (red.). (2017). *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119165590>



- Stige, S. H., Dundas, I., Schanche, E. & Hjeltnes, A. (2019). Kva typar mellommenneskelege situasjonar møter norske psykologar oftast og som mest krevjande? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(8), 572–580. <https://doi.org/10.52734/P3K74Wu9>
- Stige, S. H., Eik, I., Oddli, H. W. & Moltu, C. (2021). Negotiating System Requirements to Secure Client Engagement – Therapist Strategies in Adolescent Psychotherapy Initiated by Others. *Frontiers in psychology*, 12, 704136. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.704136>
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L. & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439–458. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., Goodyear, R. K. & Anderson, N. B. (2014). Expertise in Psychotherapy. *American Psychologist*, 69(3), 218–229. <https://doi.org/10.1037/a0035099>
- Wampold, B. E. (2014). The contribution of the therapist to psychotherapy. Characteristics and actions of effective therapists. I A. von der Lippe, H. A. Nissen-Lie & H. W. Oddli (red.), *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi* (s. 51–68). Gyldendal Akademisk.
- Westra, H. A., Norouzian, N., Poulin, L., Coyne, A., Constantino, M. J., Hara, K., Olson, D. & Antony, M. M. (2021). Testing a deliberate practice workshop for developing appropriate responsivity to resistance markers. *Psychotherapy*, 58(2), 175–185. <https://doi.org/10.1037/pst0000311>

### Appendiks: Komplette spørjeskjema

Ved Psykologisk universitetspoliklinikk har vi over tid jobba for å vidareutvikle måtar å styrke terapeutiske ferdigheiter på. Som del av dette arbeidet har vi utvikla videoscener av krevjande kliniske situasjonar og ser på korleis vi kan bruke VR-briller til å øve – både med tanke på kva som skjer i oss som terapeutar, og måtar å romme det på, samt å trene på moglege måtar å respondere på i desse situasjonane. Vi har eit godt grunnlag for situasjonar som er relevante i ein norsk kontekst innan psykisk helsevern for vaksne, men vi ynskjer å utvide til også klinisk relevante situasjonar innan psykisk helsevern for born og ungdom.

I samarbeid med PBU i Helse Bergen ynskjer vi å kartlegge interesse i klinikkane for ein slik måte å utvikle terapeutferdigheiter på, og kva situasjonar de i klinikkane hadde opplevd som særleg nyttige å øve på. Under er det difor nokre spørsmål som går på type situasjonar de opplever som krevjande, og som hadde vore nyttige å øve på, samt erfaring og interesse i å bruke VR som ei ramme for slik målretta trening på krevjande kliniske situasjonar. Undersøkinga er anonym, men vi kjem til å spørje om arbeidsplass og grunnutdanning for å kunne gjere gode val med tanke på kva type situasjonar som er mest

nyttige å øve på i ulike kontekstar. Håpar du har moglegheit til å svare på korleis dette ser ut frå ditt perspektiv.

#### På forhand takk for hjelpa

1. I kva klinisk kontekst jobbar du? (poliklinikk/ ambulerande team/døgn)
2. Kor mange møter har du med pasientar / føresette / samarbeidspartnarar i gjennomsnitt per veke? (opent spm)
3. Under har vi lista opp eksempel på krevjande mellommenneskelege situasjonar vi tenker kan være relevante som utgangspunkt for å lage videoar. I tabellen under kan du skrive inn et tall mellom 1 og 5 for kor ofte du opplever kvar av situasjonane (1 = aldri, 2 = sjeldan, 3 = nokre gonger, 4 = ofte, 5 = svært ofte), og kor krevjande du opplever situasjonane (1 = ikkje krevjande i det heile tatt, 2 = litt krevjande, 3 = noko krevjande, 4 = ganske krevjande, 5 = svært krevjande)

Type situasjon	Kor ofte (1-5)	Kor krevjande (1-5)
Pasienten framstår som sint og konfronterande/utagerande		
Føresette framstår som sinte og konfronterande («Du kan ikkje hjelpe oss»)		
Samarbeidspartnarar (f.eks i skule eller barnevern) framstår som sinte og konfronterande		
Pasienten framstår som passiv, stille og tilbaketrukken («Eg veit ikkje kva eg skal snakke om»)		
Føresette framstår som passive, stille og tilbaketrukne		
Føresette framstår som forvirra og ettergivande		
Pasienten framstår som overvelda/dysregulert		
Føresette framstår som overvelda/dysregulert		
Pasienten ytrar suicidale utsegn, utan at du får fram konkret informasjon om planar eller etablert kriseplan		
Føresette er bekymra for om pasienten er suicidal		
Samarbeidspartnarar er bekymra for om pasienten er suicidal		
Pasienten snakkar mykje og det er vanskeleg å sleppe til som behandlar		
Føresette snakkar mykje og det er vanskeleg å sleppe til som behandlar		
Det er vanskeleg å etablere og oppretthalde felles fokus for det terapeutiske arbeidet		
Føresette er veldig ueinige om kva som er situasjonen		
Føresette har vanskar med å forholde seg til terapeutiske rammer (grensetting)		
Det er stor avstand mellom dine og føresette sine verdier		
Det er vanskeleg å kjenne empati for pasienten		
Det er vanskeleg å kjenne empati for føresette		

4. Med utgangspunkt i di erfaring og arbeidssituasjon: Kva typar kliniske situasjonar hadde det vore nyttig å få øve seg på ved hjelp av video/VR? (opent spm)

*Vi ynskjer no å høyre litt om di erfaring og tankar kring det å bruke video og VR som ein måte å trene på terapeutiske ferdigheiter:*

5. I kva grad har du erfaring med å bruke video som del av rettleiing og trening på kliniske ferdigheiter (Likert 1–5: 1 inga erfaring, 2 har prøvd, 3 noko erfaring, 4 en del erfaring, 5 mykje erfaring)
6. I kva grad har du erfaring med å bruke VR-briller generelt? (Likert 1–5: 1 inga erfaring, 2 har prøvd, 3 noko erfaring, 4 en del erfaring, 5 mykje erfaring)
7. I kva grad har du erfaring med å bruke VR-briller som ein måte å trene på ferdigheiter? (Likert 1–5: 1 inga erfaring, 2 har prøvd, 3 noko erfaring, 4 en del erfaring, 5 mykje erfaring)
8. Kva erfaring har du med å bruke målretta trening (deliberate practice) som ein måte å trene opp terapeutferdigheiter? (Likert 1–5: 1 inga erfaring, 2 har prøvd, 3 noko erfaring, 4 en del erfaring, 5 mykje erfaring)
- 9 a) I kva grad er du interessert i å prøve ut å bruke målretta trening som rammeverk for å trene opp terapeutferdigheiter? (Likert 1–5: 1 ikkje interessert, 2 litt interessert, 3 noko interessert, 4 ganske interessert, 5 svært interessert)
- 9 b) Utdjup (opent spm)
- 10 a) I kva grad er du interessert i å prøve ut å bruke videoar av krevjande situasjonar og VR-briller som ein måte å trene opp terapeutiske ferdigheiter? (Likert 1–5: 1 ikkje interessert, 2 litt interessert, 3 noko interessert, 4 ganske interessert, 5 svært interessert)
- 10 b) Utdjup (opent spm)
- 11 a) Dersom du skulle ha brukt videoar av krevjande situasjonar og VR-briller som ein måte å trene opp terapeutiske ferdigheiter, korleis hadde du føretrekkje å øve? (individuellt / gruppe / kombinasjon av individuellt og gruppediskusjonar / som del av rettleiinga eg allereie mottek)

- 11 b) Utdjup (opent spm)

12. Kva ville vore den største fordelane eller moglegheitene ved å prøve ut VR-briller som ein måte å trene opp terapeutiske ferdigheiter? (opent spm)

13. Kva ville vore dei største hindra eller utfordringane for å prøve ut VR-briller som ein måte å trene opp terapeutiske ferdigheiter? (opent spm)

*Heilt til slutt håpar vi du kan svare på litt bakgrunnsinformasjon:*

14. Kva grunnutdanning har du? (psykolog/lege/sjukepleiar/sosionom/vernepleiar/pedagog)
15. Har du klinisk spesialitet? (ja/nei)
16. Kor mange år har du jobba klinisk med barn og ungdom? (opent spm)
17. Kjønn (mann/kvinne)
18. Kor gamal er du? (20–30/30–40/40–50/50–60/+60)
19. Er det andre ting du ynskjer å få fram som vi ikkje har spurt om? (opent Spm)

**Tusen takk for hjelpa!**

# Psykologiske tema i palliasjon

Kjernen i palliasjonssamtalen er å hjelpe pasientar med faktisk å leve til livets slutt.

**TEKST** Ragnhild Avdem Fretland, palliativt team, enhet for psykososial onkologi, OUS, og Arnstein Finset, avdeling for medisinsk atferdsvitenskap, Universitetet i Oslo

**KONTAKT**  
rafret@ous-hf.no

**MERKNAD**  
Pasientene som beskrives har samtykket til publisering

## Under bergfallet

*Du bur under bergfall.  
Og du veit det.  
Men du sår din åker  
og trør trygt ditt tun  
og let dine born leika  
og legg deg  
som inkje var.*

*Det hender,  
når du stør deg til ljåen  
ein sumarkveld,  
at augo sviv som snarast  
over bergsida  
der dei seier  
sprekken  
skal vera.*

*Og det hender  
du vert liggjande vaken  
og lyda etter  
steinsprang  
ei natt.*

*Og kjem raset,  
kjem det ikkje uventa.  
Men du tek til å rydja  
den grøne boti  
under berget  
– um du då har livet.*

Pasientar som veit at dei kjem til å døy av sin sjukdom, lever verkeleg under bergfallet, slik Olav H. Hauge skildrar det. Ei rivande medisinsk utvikling gjev stadig fleire pasientar som lever med uheldige sjukdom i palliative forløp (Kaasa & Loge, 2016). Forventa levetid kan vere høgst usikker, alt frå veker til år. Ein kvardag med livstruande sjukdom kan gje psykiske plager og lidning.

Psykologar har tidlegare ikkje hatt nokon sjølvskriven posisjon innanfor palliasjon. Dette er i endring. I NOU 17: 16 blir psykologen si rolle i det tverrfaglege teamet understreka (NOU 2017: 16, s. 109). Sjølv om psykiatrar, sosionomar, sjukehusprestar, legar og sjukepleiarar kan ha overlappende funksjonar, har psykologar ein unik kompetanse som både pasientar og kollegaer etterspør. Eit velfungerande tverrfagleg samarbeid mellom dei ulike faggruppene er heilt nødvendig for å kunne gje god behandling.

Ei biopsykososial forståing av pasienten sine symptom er grunnleggande i palliasjon. I denne artikkelen vil me legge hovudvekta på typiske psykologiske utfordringar og mindre på meistring av fysiske symptom. Me vil likevel understreke at psykologisk arbeid med smerter, pustevanskar, kvalme og andre kroppslege plager også er svært relevant (Berge et al., 2019). Den eksistensielle dimensjonen er nødvendig å ha med seg i alt palliativt arbeid, og er omfatta av den biopsykososiale modellen (Danbolt & Stålsett, 2022).

Olav H. Hauge (1951)

Me vil vise tre moglege innfallsvinklar til psykologisk lidning hos pasienten: den kognitive, den emosjonelle og den relasjonelle. Som regel er desse tre tett vove saman og påverkar kvarandre. Pasientane som her vil dele sine erfaringar for å belyse desse tre hovudtema, er reelle og anonymiserte.

Pasientar med uhelbredeleg sjukdom kan kjenne på frykt, tungsinn, meiningsløyse og håplausheit. Nokre gonger kan også me behandlarar sitje att med desse følelsane. Målet med denne artikkelen er derfor å vise nokre problemstillingar og konkrete arbeidsmetodar som kan gje vitalitet og refleksjonsrom til alle som brukar samtalen som verktøy i møte med alvorleg somatisk sjukdom.

## KOGNITIVE TEMA

### Ryddearbeid med angst

Sindre (39) veit han har kort tid igjen å leve, og kjenner på angst og uro. Han kan ligge og gruble i timevis før han skal sove, og verken beroligande medikasjon eller sovetablettar hjelper ordentleg – følelsen av kaos og frykt er tilbake i den augneblinken han vaknar.

Me anerkjenner saman at mykje er usikkert og bekymringsfullt i ein slik livssituasjon. Samtidig kjennest alt verre når det er kaotisk. Derfor går me i gang med eit ryddearbeid for å starte ein stad. Sindre lagar ei visuell bokhylle med namnelappar på dei ulike hyllene: Livet etter døden, Bekymring for barnet mitt, Frykt for å bli gløymd, Angst for smerte. Me er einige om at me verken klarar å fikse eller fjerne hyllene ved eit trylleslag, men at oversikt kan vere nyttig.

Særleg blir utforsking av hylla med spørsmål rundt livet etter døden viktig. Sindre er ikkje religiøs, men no treng han å tru på noko anna enn at alt blir svart. Etter eit par timar med open utforsking av kva som kjennest rett for han, bestemmer han seg: I dette spørsmålet som ingen veit svaret på, kan han like godt velje å tru på noko som kjennest godt. Han lagar seg eit mentalt bilde av ein vakker, trygg stad som me øver på å visualisere.

Innsøvninga går etter kvart raskare, og Sindre blir svært god til å sende tankane til si rette hylle når dei kjem på upassande tidspunkt. Han kjem sjølv med ideen om å opprette ei hylle for takksame tankar, fordi: «Det er jo greitt å vite kvar eg har dei også!»

Angst blir gjerne definert som ein irrasjonell eller overdriven fryktreaksjon. Når ein er



## Særleg blir utforsking av hylla med spørsmål rundt livet etter døden viktig

redd for tronge rom eller edderkoppar, kan me sjekke kor sannsynlege automatiske tankar er, og sette spørsmålsteikn ved katastrofetankar. Men i samtale med palliative pasientar kan katastrofespørsmålet kjennast malplassert når dødsangsten har så gode grunnar.

Det er likevel mange metodar basert på kognitiv atferdsterapi som kan vere til nytte (Fjerstad & Berge, 2022). Mange opplever at frykt får ta unødvendig stor plass. Det å utforske, bli eksponert for, og dermed få litt meir avstand til det ein er aller reddast for, sjølv ein rasjonell frykt for døden, har ein sterk trygghets-skapande effekt. Å vurdere tankar sin nytteverdi, uavhengig av om dei er sannsynlege, er hjelpesamt.

Arbeid med «Diamanten» (Greenberger & Padesky, 1995) er konstruktivt for mange. Kroppslege symptom, som tung pust og smerter, kan føre til tankar om at ein har blitt udugeleg, som igjen kan føre til depressive og angstfylte følelsar. Å legge merke til det som skjer i kroppen, utan at heile mønsteret blir aktivert, kan frigjere tid og krefter.

Ubehandla angst kan føre til tilbaketrekning og redusert sosial aktivitet, som igjen kan føre til depressive symptom. Ei viktig oppgåve for psykologen blir å skilje mellom naturlege sorgreaksjonar og behandlingstrengande depresjon. Typiske depresjonssymptom i denne pasientgruppa kan vere manglande evne til å gle seg over små ting i dagleglivet, følelse av verdiløyse, sjølvklandring, sjølv mordstankar eller dødsynskje (Finset, 2016).

Eksistensielle tema, som Sindre sine tankar om livet etter døden, er ein naturleg del av all terapi med palliative pasientar. Samtidig kan slike tema kjennast framande å ta opp for mange av oss, og Oslo universitetssykehus har derfor nyleg utarbeida ei retningslinje for å gjere det lettare for helsepersonell å møte åndelege og eksistensielle behov hos pasienten (Flateby et al., 2022). Det kan vere godt å



minne seg sjølv om at me skal opne opp for tankar om eksistens og livssyn, utan at målet er å finne svar (Austad et al., 2020).

### Kontroll gjennom metaforar

Thomas (51) er vand til å ha orden og struktur i livet sitt. I yrkeslivet har han hjelpt andre til å halde roa i kriser, og han kjenner seg sjølv som sterk og trygg. Etter at han fekk beskjed om at han kjem til å døy av sin sjukdom, har han vore trist og tom. Ingenting gjev ekte glede lenger, og han føler at han ikkje eigentleg lever, berre eksisterer. Mot slutten av første time beskriv han spontant korleis det kjennest på innsida: «Eg står på toppen av eit digert jordras, og eg anar ikkje når grunnen rasar under meg.»

Thomas er skeptisk til om psykologsamtale kan hjelpe, og me blir einige om eit klart og avgrensa mål for dei neste to timane: å lage ein plan for rassikring.

Me går konkret til verks og skriv ned punktvis kva som kunne auke følelsen av kontroll. Planen for rassikring fyllest med oppnåelege tiltak: Thomas skriv ned kven som skal arve tinga han bryr seg om, han får snakka med ei syster han har vore bekymra for, han planlegg gravferda si, og han får klarheit i medisinske spørsmål.

Thomas byrjar å kjenne seg sjølv igjen. På spørsmål om korleis han klarte det, seier han: «Ordet rassikring gjorde noko med meg. Eg fekk tilbake følelsen av kontroll i livet mitt.»

Mange pasientar med uhelbredeleg sjukdom veit godt kva dei *burde* tenke når depressive tankar melder seg. Klisjear om å gripe dagen, nyte augneblinken og å leve her og no florerer rundt dei. Sjølv om dei kan ha noko for seg, kan dei også bli vonde når følelsen av å sitje på dødens venterom trumfar alt. For kva er eigentleg verdig bruk av tid når tida er så kort?

Som terapeut kan ein då kjenne at orda ein har å tilby, blir fattige. Men når pasienten sjølv klarar å gje eit bilde på korleis det indre landskapet ser ut, kan nettopp orda bli svært potente.

Thomas gav oss ein presis metafor som han kunne jobbe gjennom. Pasienten kan oppmønst til å forsøke å beskrive korleis det visuelt ser ut på innsida når dei vonde tankane kjem. Svaret kan utvide det felles språket vårt og gje temperatur i terapirommet. Når dei treff, kan metaforar vere ein svært direkte metode til å

skape ny forståing i ei fastlåst oppleving (Selbekk, 2007).

Følelsen av at alt er ute av kontroll, er svært vanskeleg, og ganske vanleg når kroppen berre blir dårlegare. Mange uttrykker fortvilning over å vere prisgitt ytre faktorar, som sjukdommen eller helsevesenet sine val. Ved å hjelpe pasienten til å sortere kva ein har og ikkje har kontroll på, kan merksemda lettare dreiest mot den første kategorien. Dette kan styrke følelsen av agens og tru på eiga evne til meistring.

### EMOSJONELLE TEMA

#### Lykkehjulet

Elise (26) har levd med kreft i mange år, men etter siste tilbakefall har ho fått beskjed om at det ikkje er meir tumorretta behandling å gje. Ho har mange gode støttespelarar rundt seg, og dei oppmuntrar henne til å aldri gje opp: Dei les forskning frå utlandet, ringer legar og samlar inn pengar.

Ho set stor pris på optimismen, samtidig som kroppen hennar fortel ei anna historie. Kvar legesamtale vert ein kamp for å få tilgang til nye behandlingar, og ho blir gåande med sinne og frustrasjon som hindrar henne i å kjenne på sorg eller bruke dagane på det ho ynskjer. Ho beskriv sjølv: «Det kjennest som om eg er spikra opp på eit lykkehjul som snurrar fortare og fortare. Nokon står og kastar ting på meg, og eg veit aldri når eg blir treft.»

Elise treng å finne ein påliteleg mellomveg mellom å tru at alt går bra, og å gje opp alt håp. Derfor jobbar me ut frå hypotetiske scenario i timane: *Viss dette ikkje går slik me håpar, kva er viktig for deg då? Det hypotetiske skapar rom for dei vondaste følelsane, mens håpet om kur får stå trygt. Elise tillèt seg å gråte, og ho ler godt då Kleenex-boksen går tom. Ein dag*



**Følelsen av at alt er ute av kontroll, er svært vanskeleg, og ganske vanleg når kroppen berre blir dårlegare**

fortel ho at ho har klart å snakke med systema si om døden, noko ho aldri hadde trudd var mogleg fordi det tidlegare ville betydd at ho hadde gjeve opp.

I tida før ho døyr, gjev ho uttrykk for kor viktige desse ærlege samtalene med familien har vore. Ho peikar på eitt enkelt ord: «'Viss' har vore avgjerande for meg. Det gav meg både beskyttelsesdrakt og hjelm på lykkehjulet.»

Pasienten står ofte i spagaten mellom hel-sepersonell si anbefaling om å forsone seg med situasjonen og pårørande sitt ynskje om at dei ikkje må gje opp. Her kan bruk av hypotetiske spørsmål vere frigjerande (Snaman et al., 2019). Nokre gonger er benekting av situasjonen eit problem, men ofte er ynsket om å bevare eit håp både sunt og riktig – det er ikkje lett å leve viss ein kontinuerleg skal stirre døden i kvitauget. Då kan viss-et skape rom til å tillate følelsar av sorg, frykt og fortvilning, og hindre at ein blir låst fast i sinne. Som Elise så klokt sa: «Det blir jo ikkje meir sannsynleg at eg døyr berre fordi eg snakkar om det som ei moglegheit!»

For kva er eigentleg håp, når ein veit at ein skal døy av sjukdommen sin? Arbeid med å reetablere håp er sentralt i palliasjon. Nøkkelord her er validering og romming. Som psykolog kan ein kjenne seg hjelpeløs når ein «berre» validerer og rommar. Samtidig er det nettopp dette pasientane våre ofte får minst av frå familie og venner, som heller forsøker å oppmuntre og avleie. Derfor kan me gå inn i denne eksistensielle einsemda saman med pasienten, og bli der til det er mogleg å få auge på eit nytt håp – om det så er eit håp for neste augneblink (Björklund, 2022).

Arbeid med å skape håp og mening kan også gjerast gjennom manualbaserte intervensjonar for uhelbredeleg sjukdom. Fleire av desse viser lovande resultat i å redusere eksistensiell lidning og betre livskvalitet (Keall et al., 2015). *Meiningscentrert terapi* (Breitbart et al., 2014) bygger på den austerriske psykiateren Victor Frankl sine erfaringar som fange under 2. verdskrig, og har dokumentert effekt mot depresjon og håplausheit. Typiske tema for utforsking er kva som har skapt mening i pasienten sitt liv før sjukdommen, og muligheit for å skape ny mening i tilværet slik det har blitt.

Ein annan intervensjon som har vist god effekt, er *verdighetsterapi* (Chochinov, 2011). Her står pasienten si livshistorie i sentrum: Kva

er pasienten stolt av, kva har han erfart, kva ynskjer han å gje vidare til dei som skal leve? Svara kan delast med familie eller andre viktige personar. Slikt arbeid ligg nær omgrepet som ei av dei sterkaste stemmene i eksistensiell psykoterapi, Irvin Yalom, kallar *rippling*: potensialet som ligg i at kvar av oss, bevisst og ubevisst, påverkar andre rundt oss, som ringar i vatn (Yalom, 2008).

## RELASJONELLE TEMA

### Når pasienten har små barn

Line (42) har vore sjuk i fleire år, og dei to barna hennar har blitt involverte i prosessen på ein god måte. Då ho døyr, uttrykker Emilie (6) adekvat sorg, sinne og sagn. Adrian (9), derimot, lukkar seg. Han vil verken snakke om mamma, sjå henne i kista eller forhalde seg til gravferda. Han kjem derfor til ei samtale på sjukehuset saman med pappa.

Me går kort gjennom kva som har skjedd, og me snakkar om at ein kan vise sorg på mange ulike måtar. Adrian teiknar mens me snakkar. På kort tid har han laga ei stor Star Wars-scene med romskip som kjempar mot kvarandre. Eitt av romskipa har eit slags skjold rundt seg, og Adrian forklarar at det er eit kraftskjold som kan beskytte mot alt.

Eg tek sjansen og seier: «Veit du kva som er utruleg, Adrian? Du har også eit kraftskjold som beskyttar deg når du treng det. Og mamma er i det kraftskjoldet. Kjærleiken frå mamma døyr aldri, og den er i kraftskjoldet ditt for alltid. Kan du merke det?»

Adrian ser ikkje opp, men nikkar. Han tek fatt på ei ny teikning, og seier: «Denne skal ligge i kista til mamma.»

Relasjonar blir svært viktige for pasientar med avgrensa levetid. Derfor er det ekstra vondt når sjukdommen skapar auka relasjonell avstand i staden for den nærleiken ein treng. Å aktivt kartlegge viktige relasjonar og forsøke å skape bevegelse der det er vanskeleg, er derfor sentralt arbeid for psykologen. Det inneber også å finne ut korleis relasjonar kan fortsette på nye måtar etter døden (Dyregrov & Straume, 2021).

Palliative pasientar med mindreårige barn har ei tilleggsbyrde: Dei må sjå barna gå gjennom smerte og sorg, samtidig som dei sjølve veit at dei ikkje kan støtte dei gjennom alt som kjem. Ulike følelsar kan melde seg: Dei kan kjenne skuld for å påføre barna lidning, sinne



over at akkurat deira barn blir utsett for dette, og frykt for korleis det skal gå med barna etter døden. Mange synest det er svært krevjande å vite når og korleis dei skal snakke med barna om at sjukdommen ikkje let seg kurere.

Psykologen kan legge til rette for slike vanskelege samtalar. Me kan med stor fagleg tyngde seie at det er riktig å involvere barna på ein aldersadekvat og balansert måte, også når sjukdommen ikkje let seg kurere. Me kan trygge foreldre på at det å kjenne seg informert og inkludert er viktig for korleis barn seinare integrerer og meistrar sorg (Dyregrov & Dyregrov, 2016). Mange opplever at trygg deling av informasjon faktisk gjer det lettare å legge bort sjukdomstankar og sette livet fremst i familien sin kvardag.

Ofte ynskjer foreldre konkrete råd til kva ord og vendingar dei kan bruke. Sjølv om dei skal styrkast i trua på at dei er ekspertar på egne barn, er dette samtalar dei aldri før har hatt. Det er klokt å bruke få, tydelege ord, tilpassa alder, som bygger på det barnet allereie veit:

No har me ei dårleg nyheit som me må fortelje dykk. Me har snakka med legen på sjukehuset i dag, og då fekk me vite at medisinen som eg har teke mot kreften, ikkje lenger verkar slik me håpa.

Foreldre kan så ta ei pause og avvente barna sine reaksjonar, slik at ein ser om budskapet blir oppfatta. Dette aukar sjansen til at barna sjølv stiller viktige spørsmål som dei vaksne kan svare så ærleg som mogleg på. Mange fryktar gjerne spørsmål om ein kjem til å døy, men pasienten bør forberedast på det for å skape trygghet når situasjonen oppstår (Fretland, 2020). Ein kan lage seg ein variant av følgjande svar, avhengig av kvar i forløpet ein er:

Ja, kroppen toler ikkje at svulstane blir altfor store. Då dør eg. Ingen veit heilt kor lang tid det vil ta. Og ingen trur eg kjem til å døy plutseleg. Eg er jo her no! Det de kan vere heilt sikre på, er at viss det skjer noko de må vite om, så seier me det med ein gong, for de er aller viktigast for oss. Er det noko spesielt de blir redde for når de høyrer dette?

Minneskapande arbeid, som å lage fotoalbum og å skrive ned sentrale opplevingar frå barna

sin oppvekst, kan kjennast meningsfullt. Det kan også vere viktig for barn å ha snakka med forelderen som blir borte, om kvar dei kan finne ein følelse av å vere nær, også etter døden, for eksempel i hjartet, ei stjerne eller ved grava. Dei kreative tankane barn har om døden og livet etter døden kan bli både nyttige og trøystande, også for dei vaksne.

Alvorleg sjukdom kan bringe ubalanse i dei nære relasjonane på mange ulike måtar. Tera-pirommet er på sitt beste når det blir ein trygg stad der pasienten kan finne ny balanse.

### Verdien av å ta med pårørande inn

Anne (54) har fått beskjed om at ho har ei forventet levetid på under eitt år. Ho beskriv mørke tankar som gjer henne stille og inneslutta. Familien er bekymra, men når dei spør henne, seier ho at det går bra. Ektemannen blir med i psykologsamtalen.

Me utforskar dei mørke tankane saman. Det viser seg at hovudbekymringa til Anne er at ho skal bli ein pleiepasient til plage og belastning for familien. Ho føler seg skuldig for å ha bringa sjukdommen inn i livet deira. Me blir einig om at det er eit svært stort ansvar å ta.

Ektemannen, som så langt berre har lytta, kremtar og seier sakte: «Det viktigaste for oss er å få lov til å vere nær deg, også i alt det vonde. Me er jo verdas beste lag!»

Dei to tek kvarandre i hendene. Mannen sine få ord har ein effekt som hundre psykologtimar ikkje kunne oppnådd. Det er som om ein kan sjå at dei mørke tankane, som var i ferd med å skape avstand mellom dei, går i oppløysing av å ha blitt sagt og delt. På veg ut summerer Anne opp det heile: «Eg går ut med eit håp om at dette kan gå bra, til trass for at eg ikkje overlever.»

### OPPSUMMERING OG AVSLUTNING

Me har sett at kognitive strategiar og rydding av sjølv dei dystraste tankar kan gje lindring og plass til å leve. Ord, mentale bilde og metaforar kan utvide språket og gje arbeidsrom for vanskelege tema. Å validere og romme det håplause som pasienten kjenner på, gjer det mogleg å legge frå seg det tyngste på ein trygg stad. Hypotetiske spørsmål tillèt håpet å leve parallelt med at sorga og smerten får den plassen dei krev. Og arbeid med å skape nærleik i viktige relasjonar, enten det er barn, partnerar eller andre, er noko av det viktigaste me kan hjelpe pasientane våre med.





## (...) det mest verdifulle me kan gje til nokon som står overfor døden, er vårt fulle nærvær

Avslutningsvis må me understreke at ein ikkje kjem langt med metodar og idear utan psykologen si evne til å skape allianse og menneskeleg kontakt i terapirommet. I tråd med

Yalom sin budskap ser me at det mest verdifulle me kan gje til nokon som står overfor døden, er vårt fulle nærvær (Yalom, 2008). Når pasienten kjenner seg avhengig av andre på så mange område i livet, er det avgjerande at psykologkontoret blir ein stad for to likeverdige menneske, og at psykologen også anerkjenner det verdifulle pasienten gjev inn i relasjonen (Danbolt & Stålsett, 2022).

Slik kan me seie at kjernen i palliasjonssamtalen er dette djupt menneskelege me alle jobbar med, på ulikt vis: å hjelpe pasientar med å faktisk leve til livets slutt. ✕

### REFERANSAR

- Austad, A., Stifoss-Hanssen, H., Borge, L. & Rykkje, L. (2020). Innledning: Det eksistensielle. I Rykkje & Austad (red.), *Eksistensielle begreper i helse- og sosialfaglig praksis*. Universitetsforlaget.
- Berge, T., Fjerstad, E., Hyldmo, I. & Lang, N. (2019). Kapittel 15: Psykologiske tiltak, og eksistensiell og åndelig ivaretagelse i palliasjon. I *Håndbok i klinisk helsepsykologi*. Fagbokforlaget.
- Björklund, L. (2022). Vi behöver något att hoppas på för att orka leva. *Omsorg. Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*, 39(3), 17–20.
- Breitbart, W. S. & Poppito, S. (2014). *Individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer: A treatment manual*. Oxford University Press.
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W. S., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T. & Harlos, M. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: A randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*, 12(8), 753–762. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70153-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70153-X)
- Danbolt, L. J. & Stålsett, G. (2022). Eksistensiell helse og eksistensiell omsorg. *Omsorg. Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*, 39(3), 5–8.
- Dyregrov, A. & Dyregrov, K. (2016). Barn som mister foreldre. *Scandinavian Psychologist*, 3, e9. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.3.e9>
- Dyregrov, A. & Straume, M. (2021). Kapittel 13: Behandling av komplisert sorg hos barn. I Dyregrov, A., Straume, M. (Red.), *Sorg og komplisert sorg*. Fagbokforlaget.
- Finset, A. (2016). Atferdsmessige og psykologiske forhold. I S. Kaasa & J. O. Loge (red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Fjerstad, E. & Berge, T. (2022). Psykologisk bistand ved uhelbredelig sykdom. *Omsorg. Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*, 39(3), 65–68.
- Flateby, I. V., Kielland, M. J. & Buer, Ø. (2022). Åndelige og eksistensielle behov hos pasienter og pårørende. *Omsorg. Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*, 39(3), 49–53.
- Fretland, R. A. (2020). Kommer jeg til å dø? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(10), 734–739.
- Greenberger, D. & Padesky, C. A. (1995). *Mind over mood: A cognitive therapy treatment manual for clients*. The Guilford Press.
- Hauge, O. H. (1951). *Under bergfallet. Dikt*. Noregs Boklag.
- Kaasa, S. & Loge, J.H. Palliativ medisin – en innledning (2016). I S. Kaasa og J.O. Loge (red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Keall, R.M., Clayton, J.M. & Butow, P.N. (2015). Therapeutic life review in palliative care: A systematic review of quantitative evaluations. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49 (4), 747–761. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.08.015>
- NOU 2017:16. (2017). *På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Selbekk, R. (2007). Bruk av metaforer: Et narrativt perspektiv på terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(11), 1372–1377.
- Snaman, J., Feraco, A., Wolfe, J. & Baker, J. (2019). «What if?»: Addressing uncertainty with families. *Pediatric Blood Cancer*, 66, 1–5. <https://doi.org/10.1002/pbc.27699>
- Yalom, I. (2008). *Staring at the sun. Overcoming the Dread of Death*. Piatkus Books.

# Ulike veier inn til spiseforstyrrelser

Mobbing og andre belastende livshendelser er vanligere opplevelser for personer som utvikler bulimi og overspisingslidelse.

## TEKST

Selma Øverland Lie,  
Regional seksjon for  
spiseforstyrrelser, Oslo  
universitetssykehus

## KONTAKT

sellie@ous-hf.no

**B**iologiske risikofaktorer, som genetik, personlighet og vekt, og miljømessige risikofaktorer, som kultur, skjønnhetsideal og livshendelser, er sentrale i utvikling og opprettholdelse av spiseforstyrrelser (Jacobi et al., 2004; Stice et al., 2017). En viktig faktor som trekkes frem, er opplevelser av belastende eller traumatiske livshendelser. Overgrep og mishandling i barndommen nevnes ofte i litteraturen (Molendijk et al., 2017), men vi vet mindre om andre typer belastninger og mer vanlige hendelser, slik som mobbing på skolen.

Spiseforstyrrelser er psykiske lidelser der problematiske tanker og følelser rundt mat, kropp og vekt går ut over livskvaliteten og evnen til å fungere i hverdagen (American Psychiatric Association, 2013). De tre mest kjente er anoreksi (restriktivt matinntak og lav kroppsvekt), bulimi (gjentakende overspisingsepisoder og kompenserende atferd for å hindre vektoppgang) og overspisingslidelse (gjentakende overspisingsepisoder med tap av kontroll, men uten kompenserende atferd). Lidelsene er ofte preget av svakt selvbilde og negative tanker. Unge jenter i ungdomsårene rammes oftest, men menn og kvinner i alle aldre kan utvikle spiseproblemer og fullverdige spiseforstyrrelser. Man vet ikke sikkert hvorfor noen får en spiseforstyrrelse og andre ikke. Derfor er det viktig å kartlegge ulike faktorer som kan bidra til utvikling eller opprettholdelse av symptomene. Belastende livshendelser som overgrep og mobbing eller livstruende opplevelser kan ha en negativ innvirkning på psykisk og fysisk helse, og har en sammenheng med spiseforstyrrelser (Copeland et al., 2013; Solmi et al., 2020).

## HVA VET VI OM MOBBING?

Som en innledende studie i en ny doktorgrad gikk vi systematisk igjennom tidligere studier om sammenhenger mellom mobbing og spiseforstyrrelser (Lie et al., 2019). Kvalitativ gjennomgang og metaanalyse viste at personer med spiseforstyrrelser oftere hadde opplevd mobbing enn kontrollen. Det var tydelig evidens for at mobbing var *mer* utbredt blant personer med bulimi og overspisingslidelse, mens studiene på anoreksi viste blandede funn. Det var også en klar sammenheng mellom erting og mobbing for vekt eller utseende og kliniske spiseforstyrrelser. For øvrig har det å bli ertet for utseende også tidligere vist seg å ha sammenheng med kroppsmisnøye, slanking og annen spiseforstyrret atferd, som overspising og oppkast (Menzel et al., 2010).

## BARNDOMSTRAUMER OG OVERGREP

For andre belastende livshendelser, har det vært mest fokus på barndomstraumer, særlig seksuelt misbruk/overgrep i barndommen. Seksuell mishandling har vært relatert til spiseforstyrrelser, og har sammenheng med alvorlighetsgrad, tidlig utvikling og mer bulimisk symptombilde (f.eks. overspising og oppkast) (Caslini et al., 2016; Molendijk et al., 2017). I tillegg har man sett en tilknytning til emosjonell mishandling (Molendijk et al., 2017). Personer med traumehistorie som har posttraumatisk stresslidelse (PTSD) har høyere risiko for å utvikle spiseforstyrrelser, og PTSD er vanligere blant pasienter med diagnostiserte spiseforstyrrelser enn hos ikke-kliniske grupper (Brewerton, 2007). Det er derfor relevant å se

på andre typer belastende livshendelser ut over mishandling i barndommen, som senere overgrep og livstruende ulykker eller sykdom, for å finne ut mer om sammenhenger til utvikling av ulike typer spiseforstyrrelser.

### NY KUNNSKAP OM MOBBING OG ANDRE BELASTNINGER

Prosjektet «EDGE – Spiseforstyrrelser: Gener og miljø» ble startet ved Oslo universitetssykehus i 2017, med mål om å få ny kunnskap om mobbing og andre belastende livshendelser. Data fra EDGE-prosjektet ble grunnlaget for doktorgraden «History of bullying, abuse, and other stressful life events in individuals with eating disorders» (2022). Utenom den systematiske gjennomgangsartikkelen om mobbing ble det publisert to artikler til.

En av artiklene (Lie et al., 2021a) viste at personer med en livstidshistorie med spiseforstyrrelser (nåværende eller tidligere) oftere hadde opplevd mobbing (32 %) enn kontrollgruppen (19 %), og at det meste av mobbingen (84 %) skjedde før sykdomsdebut. Studien skilte mellom ulike typer mobbing. Særlig verbal, indirekte (f.eks. eksklusjon fra en gruppe eller ryktespredning) og digital mobbing var mer vanlig i spiseforstyrrelsesgruppen. For verbal mobbing var det enda sterkere effekter av vekt- og utseendemobbing enn andre former for verbal mobbing. Når spiseforstyrrelsene ble analysert separat, var det gruppen med bulimi og/eller overspisingslidelse som hadde økt forekomst av mobbeopplevelser (sammenlignet med kontrollgruppen), men dette var ikke tilfellet for anoreksigruppen. Funnet var konsistent med tidligere forskning og viser klarere enn før at det kan være ulike faktorer som spiller inn i sykdomsbildet for de ulike spiseforstyrrelsene.

I en annen av artiklene (Lie et al., 2021b) ble andre typer belastende livshendelser undersøkt, og her var det også forskjeller: 81 % av personene med spiseforstyrrelser hadde opplevd belastende livshendelser, mot 65 % av kontrollgruppen. Av de 12 ulike typene belastende livshendelser som ble undersøkt, hadde personer med spiseforstyrrelser oftere opplevd seksuelle overgrep (både voldtekt og andre overgrep) og emosjonell mishandling enn kontrollene. Her så vi også kun forskjeller i forekomst mellom personer med bulimi/overspisingslidelse og kontroller, og ikke høyere forekomst blant personer med anoreksi.

### KONSEKVENSER FOR PRAKSIS

Samlet viser resultatene fra de tre artiklene at det er en forbindelse mellom opplevelser av hendelser som mobbing, seksuelt overgrep eller emosjonell mishandling og å ha en spiseforstyrrelse. Undersøkelsen baserte seg på retrospektive data og kan ikke si noe om årsakssammenhenger, men det er likevel grunn til å tenke seg at det å oppleve belastende hendelser kan påvirke både selvbilde og sosial atferd på måter som kan lede en inn i et spiseforstyrret tankemønster. Funnene antyder at det er viktig å kartlegge slike hendelser i behandling fordi erfaringene kan påvirke hvordan man tenker om seg selv, og evnen til å stole på andre og etablere en tilknytning til terapeuten og andre støttepersoner. Faktisk er det vist at traumehistorie og behandling av traumesymptomer er direkte involvert i hvor vellykket behandlingen av spiseforstyrrelsen blir (Olofsson et al., 2020).

I tillegg til mer *klassiske* traumatiske opplevelser, viser vi at det å bli utsatt for noe så «vanlig» som mobbing kan være viktig å adressere. Tilbud om tidlig intervensjon og preventive tiltak for å hindre mobbing i

## Metode

- «EDGE – Spiseforstyrrelser: Gener og miljø» er en kasus-kontroll-studie med 890 deltagere (95 % kvinner, alder 16–78 år, gj.snitt 30 år;  $n = 495$  med livstid/nåværende spiseforstyrrelse,  $n = 395$  kontroller)
- Diagnosefordeling: anoreksi - restriktiv type (AN-R) = 65, anoreksi - bulimisk type (AN-BP) = 114, bulimi/overspisingslidelse (BN/BED) = 180, anoreksi/bulimi/overspisingslidelse (AN/BN/BED, hatt flere diagnoser gjennom livet) = 133
- Elektronisk datainnsamling (2019–2020) med selvrappport spørreskjema: ED100K (spiseforstyrrelsesdiagnoser), Retrospective bullying questionnaire (RBQ; mobbing i skolealder), Stressful life events screening questionnaire (SLESQ; belastende livshendelser)
- Retrospektive data sammenlignet mellom grupper med logistiske regresjoner

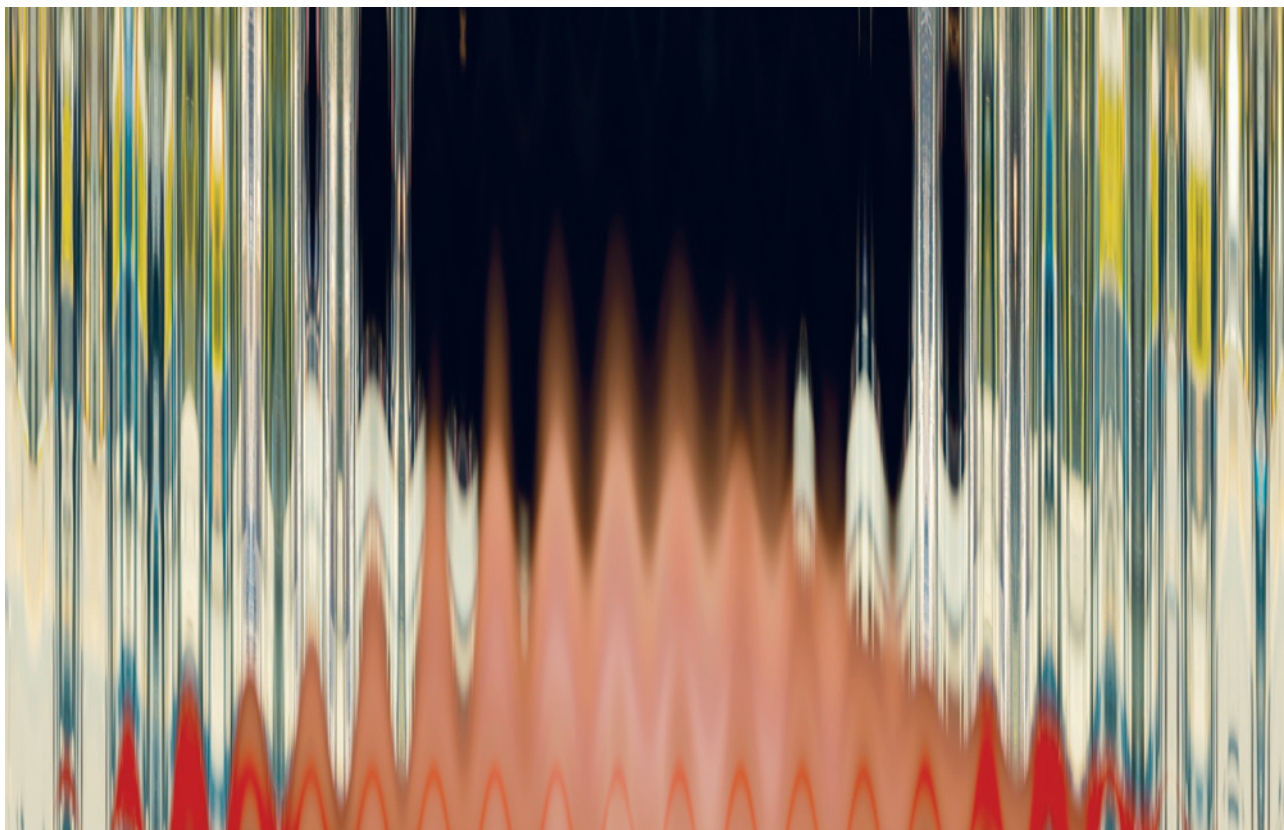
## Resultater

- Personer med spiseforstyrrelser hadde oftere opplevd både mobbing og andre belastende livshendelser enn kontrollen i overordnet analyse.
- Verbal, indirekte og digital mobbing var mer utbredt blant personer i BN/BED-gruppen enn kontrollgruppen (Odds rate (OR) fra 2–3.3,  $p$ 's < 0.05).
- Voldtekt, annet seksuelt misbruk og emosjonell mishandling var mer utbredt blant personer i AN-BP-, BN/BED- og AN/BN/BED-gruppene enn hos kontrollgruppen (OR fra 3.27–2.15,  $p$ 's < 0.05).
- AN-R skilte seg ikke fra kontrollgruppen verken når det gjaldt mobbing eller andre belastende hendelser.
- Ulike typer belastende hendelser kan være en viktig faktor i spiseforstyrrelser preget av bulimiske symptomer og bør vurderes i behandling.

skolealder kan gi utslag på senere psykisk helse, og er et viktig fokusområde. Personer som har blitt utsatt for mobbing og andre belastende livshendelser er en risikogruppe for utvikling av spiseforstyrrelser. Man bør derfor følge opp gruppen for å fange opp tidlige symptomer og atferd før det utvikler seg til å bli en alvorlig lidelse, det være seg spiseforstyrrelser eller andre psykiske problemer. ✖

## REFERANSER

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Press
- Brewerton, T. D. (2007). Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders*, 15(4), 285–304. <https://doi.org/10.1080/10640260701454311>
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M. & Carrà, G. (2016). Disentangling the association between child abuse and eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78(1), 79–90. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000233>
- Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A. & Costello, E. J. (2013). Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry*, 70(4), 419–426. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.504>
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C. & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19–65. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19>
- Lie, S. Ø. (2022). *History of bullying, abuse, and other stressful life events in individuals with eating disorders* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo]. DUO Research Archive. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/96973>
- Lie, S. Ø., Bulik, C. M., Andreassen, O. A., Rø, Ø. & Bang, L. (2021a). The association between bullying and eating disorders: A case-control study. *International Journal of Eating Disorders*, 1(10). <https://doi.org/10.1002/eat.23522>
- Lie, S. Ø., Bulik, C. M., Andreassen, O. A., Rø, Ø. & Bang, L. (2021b). Stressful life events among individuals with a history of eating disorders: a case-control comparison. *BMC Psychiatry*, 21(1), 501. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03499-2>
- Lie, S. Ø., Rø, Ø. & Bang, L. (2019). Is bullying and teasing associated with eating disorders? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 52(5), 497–514. <https://doi.org/10.1002/eat.23035>
- Menzel, J. E., Schaefer, L. M., Burke, N. L., Mayhew, L. L., Brannick, M. T. & Thompson, J. K. (2010). Appearance-related teasing, body dissatisfaction, and disordered eating: A meta-analysis. *Body Image*, 7(4), 261–270. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.05.004>
- Molendijk, M., Hoek, H., Brewerton, T. & Elzinga, B. (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(8), 1402–1416. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003561>
- Olofsson, M. E., Oddli, H. W., Hoffart, A., Eielsen, H. P. & Vrabel, K. R. (2020). Change processes related to long-term outcomes in eating disorders with childhood trauma: An explorative qualitative study. *Journal of Counseling Psychology*, 67, 51–65. <https://doi.org/10.1037/cou0000375>
- Solmi, M., Radua, J., Stubbs, B., Ricca, V., Moretti, D., Busatta, D., Carvalho, A.F., Dragioti, E., Favaro, A., Monteleone, A.M., Shin, J.I., Fusar-Poli, P. & Castellini, G. (2020). Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses. *Brazilian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1099>
- Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P. & Shaw, H. (2017). Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 38–51. <https://doi.org/10.1037/abn0000219>



**UKLAR SELVOPPLEVELSE** Personer med selvforstyrrelser kan oppleve omgivelser og mennesker som fremmede og uvirkelige.  
Foto: Sahara Prince / Shutterstock / NTB Scanpix

## Fremmed i eget sinn

Forstyrrelser i selvopplevelse er et viktig kartleggingsområde for behandlere som møter unge personer med psykoserisiko.

**EN NY DOKTORGRADSAVHANDLING** ved Oslo universitetssykehus fant at forstyrrelser i selvopplevelse var knyttet til manglende symptombedring og svekket fungering over tid hos unge med økt psykoserisiko (Værnes, 2022). Opplevelsene var kjennetegnet av at den «selvfølgelige» følelsen av å være seg selv – som en «ekte» person som «eier» egne opplevelser og handlinger – var forstyrret. Hen følte seg ikke naturlig til stede i verden, og omgivelser og andre mennesker ble opplevd som på avstand, fremmede og uvirkelige. Samtidig kunne det finne sted overdreven observasjon, overanalysering og forvirring om elementer man vanligvis tar for gitt, for eksempel egen pust og stemme eller hvilke farger omgivelsene har.

Flere studier har vist at slike selvforstyrrelser er typiske for schizofreni og schizotyp lidelse, og forekommer oftere enn ved andre psykiske lidelser, som bipolar psykose (Raballo et al., 2021). Lignende fenomener finnes imidlertid også ved dissosiative lidelser og angstlidelser (Madeira et al., 2017; Sass et al., 2013). Selvforstyrrelser oppstår før en første psyko-sepisode (Møller & Husby, 2000; Parnas et al., 1998) og er antatt å drive typisk symptomutvikling i prodromalfasen til schizofreni (Sass & Parnas, 2003).

### BETYDNING AV STUDIEN

Det er et behov for *prospektive studier* som kan undersøke om selvforstyrrelser er knyttet til

### TEKST

Tor Gunnar Værnes, Oslo universitetssykehus HF, Klinikk for psykisk helse og avhengighet, avd. FIA, TIPS Sør-Øst

### KONTAKT

UXVRNT@ous-hf.no



## Metode og design

- Utvalg ( $n = 38$ , alder 15–29 år) fra Oslo universitetssykehus, Diakonhjemmet, Vestre Viken HF og Ahus ( $n = 32$  ved 1 års oppfølging). 31 av 38 med psykoserisikosyndrom som definert i Strukturert intervju for psykoserisikosyndromer (SIPS) (McGlashan et al., 2010), og sju med risikosymptomer uten nylig debut eller forverring.
- Fire delstudier, med henholdsvis tverrsnittdesign, prospektivt design, en kombinasjon av tverrsnitt- og prospektivt design og et kvalitativt, fenomenologisk orientert design.
- Sentrale utredningsverktøy: SIPS, Examination of Anomalous Self-Experience (EASE) (Parnas et al., 2005), GAF (global fungering), SCID-I (DSM-IV-diagnoser), CTQ-SF (barndomstraumer) og PAS (fungering i barndom/ungdom). EASE, SIPS og GAF gjentatt etter et år, samt SCID-I, psykosemodul, for de som utviklet psykose.
- Kvantitative analyser: parametriske eller non-parametriske korrelasjonsanalyser, multiple regresjonsanalyser og t-tester for sammenligning av grupper eller for sammenligning av variabler mellom inntak og oppfølging i samme utvalg.

symptomutvikling over tid. Identifikasjon av selvforstyrrelser kan tenkes å øke treffsikkerheten i å oppdage personer med høy psykoserisiko og schizofreni tidlig, og en del andre ugunstige utfall. Ved å identifisere disse personene kan en tilpasse behandling og oppfølging, noe som kan bidra til en bedre prognose.

### MÅLSETTINGER

Vi ønsket å undersøke forekomsten av forstyrrelser i selvopplevelse hos unge med økt risiko for psykose. Videre ville vi kartlegge sammenhenger mellom slike forstyrrelser og andre symptomer og fungering, og sammenhenger med fungering og opplevde traumer i barndommen, ved inntak og etter et år. Vi ønsket også å sammenligne forstyrrelser i selvopplevelse hos en deltager med schizotyp personlighetsforstyrrelse (SPF) og en med depersonalisasjonsforstyrrelse (DF) (DSM-IV-diagnoser).

### SELVFORSTYRRELSER KNYTTET TIL SYMPTOMUTVIKLING

Forstyrrelser i selvopplevelse forekom hos et flertall. De fire hyppigste symptomene var til stede hos 66–82 % av deltagerne. Symptomene inkluderte opplevd avstand til / svekket eierskap til opplevelser, uvirkelighetsfølelse, overdreven grubling og å ikke føle seg naturlig til stede i verden. Høy forekomst av forstyrrelser i selvopplevelse var sterkt korrelert med negative symptomer, og var også knyttet til kognitive forstyrrelser ved inntak. Vi fant ingen signifikant sammenheng med fungering eller traumer i barndommen (Værnes et al., 2019).

Høyere forekomst av forstyrrelser i selvopplevelse økte sannsynligheten for (predikerte) mer positive symptomer og lavere funksjonsnivå ett år senere, selv når vi kontrollerte for positive symptomer og fungering ved inntak. Forekomst av forstyrrelser i selvopplevelse ved inntak korrelerte positivt med negative symptomer og desorganiseringssymptomer etter et år. Fire deltagere utviklet psykose, resultatene endret seg ikke signifikant når de ble tatt ut av analysene (Værnes et al., 2021a).

For hele utvalget var forstyrrelsene i selvopplevelse færre etter et år, men de individuelle forløpene varierte ganske mye. Deltagerne med høyest forekomst etter et år hadde også mer positive og negative symptomer, desorganiseringssymptomer og andre symptomer (i SIPS), lavere funksjonsnivå og oftere en diagnose i schizofrenispekteret, de fleste med SPF (Værnes et al., 2021b).

Forstyrrelsene i selvopplevelse for SPF- og DF-kasus overlappet i betydelig grad. I motsetning til DF-kasus knyttet SPF-kasus forstyrrelsene til mulig påvirkning fra en ytre makt, og symptomene hadde vært til stede siden barndommen uten tydelige utløsende hendelser. DF-kasus hadde en brå debut av selvforstyrrelser tre år tilbake i tid knyttet til episode med cannabisbruk og angstanfall (Værnes et al., 2018).

### IMPLIKASJONER

Funnene støtter at forstyrrelser i selvopplevelse bør undersøkes hos personer med psykoserisikotilstander. Det kan bidra til å identifisere personer som kan være særlig sårbare for negative behandlingsutfall over tid, uavhengig av om de utvikler psykose eller ikke, slik at behandling og oppfølging kan tilpasses bedre. Fenomenologisk orienterte undersøkelser av subjektive opplevelser kan styrke klinisk forståelse og kommunikasjon, og kan utgjøre et viktig utgangspunkt for psykoterapi og andre intervensjoner. ✕

## REFERANSER

- Madeira, L., Carmenates, S., Costa, C., Linhares, L., Stanghellini, G., Figueira, M. L. & Sass, L. (2017). Basic Self-Disturbances beyond Schizophrenia: Discrepancies and Affinities in Panic Disorder – An Empirical Clinical Study. *Psychopathology*, 50(2), 157–168. <https://doi.org/10.1159/000457803>
- McGlashan, T. H., Walsh, B. & Woods, S. (2010). *The psychosis-risk syndrome: handbook for diagnosis and follow-up*. Oxford University Press.
- Møller, P. & Husby, R. (2000). The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 217–232. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033442>
- Parnas, J., Jansson, L., Sass, L. A. & Handest, P. (1998). Self-experience in the prodromal phases of schizophrenia: A pilot study of first-admissions. *Neurology Psychiatry and Brain Research*, 6(2), 97–106.
- Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P. & Zahi, D. (2005). EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology*, 38(5), 236–258. [PSP2005038005236. https://doi.org/10.1159/000088441](https://doi.org/10.1159/000088441)
- Raballo, A., Poletti, M., Preti, A. & Parnas, J. (2021). The Self in the Spectrum: A Meta-analysis of the Evidence Linking Basic Self-Disorders and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 47(4), 1007–1017. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa201>
- Sass, L., Pienkos, E., Nelson, B. & Medford, N. (2013). Anomalous self-experience in depersonalization and schizophrenia: a comparative investigation. *Consciousness and Cognition*, 22(2), 430–441. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2013.01.009>
- Sass, L. A. & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 427–444. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007017>
- Værnes, T. G. (2022). *Anomalous self-experiences in subjects with increased risk of developing psychosis* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Oslo.
- Værnes, T. G., Røssberg, J. I. & Møller, P. (2018). Anomalous Self-Experiences: Markers of Schizophrenia Vulnerability or Symptoms of Depersonalization Disorder? A Phenomenological Investigation of Two Cases. *Psychopathology*, 1–12. <https://doi.org/10.1159/000488462>
- Værnes, T. G., Røssberg, J. I. & Møller, P. (2019). Anomalous self-experiences are strongly associated with negative symptoms in a clinical high-risk for psychosis sample. *Comprehensive Psychiatry*, 93, 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.comp-psych.2019.07.003>
- Værnes, T. G., Røssberg, J. I., Melle, I., Nelson, B., Romm, K. L. & Møller, P. (2021a). Basic self-disturbance in subjects at clinical high risk for psychosis: Relationship with clinical and functional outcomes at one year follow-up. *Psychiatry Research*, 300, 113942. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113942>
- Værnes, T. G., Røssberg, J. I., Melle, I., Nelson, B., Romm, K. L. & Møller, P. (2021b). Basic self-disturbance trajectories in clinical high risk for psychosis: a one-year follow-up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 272(6), 1007–1019. <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01349-6>

## Hovedfunn

- Forstyrrelser i selvopplevelse er vanlige hos unge med økt psykoserisiko.
- Det var sterkest sammenheng mellom forstyrrelser i selvopplevelse og negative symptomer ved inntak.
- Forstyrrelser i selvopplevelse predikerte positive symptomer og svekket fungering etter et år.
- Høy forekomst av forstyrrelser i selvopplevelse etter et år var knyttet til mer alvorlige symptomer og svekket fungering, samt oftere schizofrenispekterdiagnoser.

# Kraften i et brev

Et brev fra voldsutøver til barnet som har vært utsatt for vold i familien, kan være et viktig terapeutisk verktøy. Det viser erfaringer fra modellen Avklaringsprosess etter vold og overgrep (AVPO).

## TEKST

Marianne Skogstad Eriksen, Tromsø familievernkontor, og Barbora Jakobsen, Alternativ til Vold i Tromsø

## MERKNAD

Forfatterne har bidratt like mye i arbeidet med artikkelen

## KONTAKT

marianne.skogstad.eriksen@bufetat.no

**D**et har alvorlige og omfattende konsekvenser for barn å bli utsatt for vold fra sine nærmeste omsorgspersoner eller å vokse opp med vold i familien (NOU 2017: 12). Volden rammer både barnas psykiske og fysiske utvikling (Anda et al., 2006; Edwards et al., 2003). For eksempel påvirkes utvikling av hjernen (Teicher et al., 2016), utvikling av tilknytningsmønstre og evne til selvregulering (Holt & Hafstad, 2016). Barn som kommer i kontakt med hjelpeapparatet etter å ha vært utsatt for vold, har mange og ulike behov. Utover at volden må stanses, trenger barna vurdering av hjelpebehov og informasjon om oppfølging av familien. De trenger også å få uttrykke seg, bearbeide og skape en sammenheng i det de har opplevd (Raundalen, 2011). De har behov for at omsorgsgivere tar ansvar og anerkjenner deres opplevelser av volden. Dessverre ser vi at volden barna utsettes for, sjeldent er et tema innad i familien (Ascheim et al., 2011), også i tilfellene der barna fremdeles bor sammen med eller har samvær med forelderen som har utøvd volden.

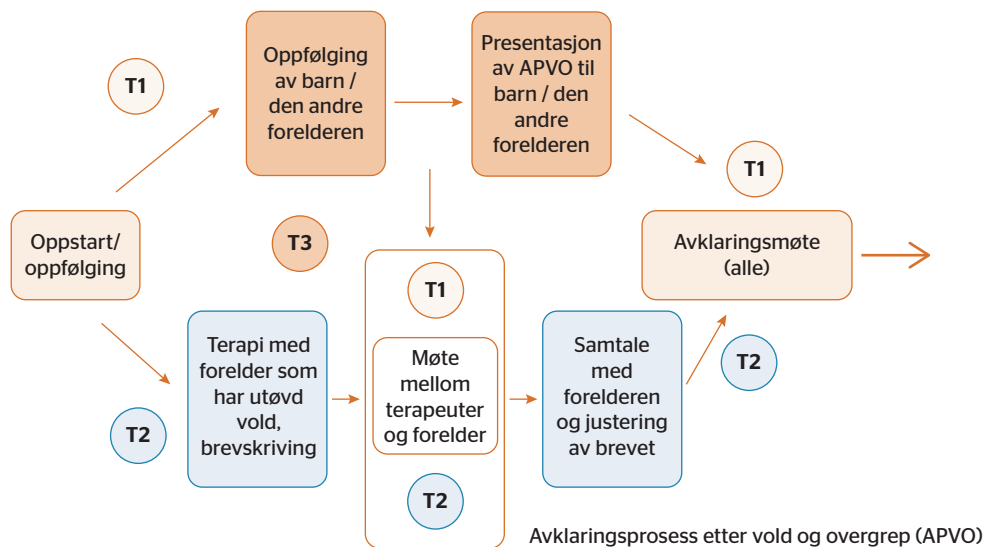
Taushet om volden barna har vært utsatt for, preger gjerne også hjelpeapparatet. NOU-en «Svikt og svik» (2017), som har gjennomgått noen av de mest alvorlige sakene med voldsutsatte barn, avdekker at helsepersonell ofte unnlater å snakke med barna om volden og overgrepene. Tausheten kan delvis handle om at det først og fremst er andre vansker disse barna har, som kommer i fokus. En studie av Ormhaug og medforfattere (2012) fant at i henvisninger til barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) for symptomer på posttraumatisk stresslidelse, ble informasjon om at barnet hadde vært utsatt for vold i og utenfor familien, hyppig utelatt. En annen studie (Reigstad et al., 2006) fant at voldsutsatte barn gjerne henvises på grunn av symptomer på andre psykiske lidelser eller atferdsvansker.

En viktig del av oppfølgingen av familier der forelder har utøvd vold, er at den som har utøvd volden, går i terapi. Målet er å jobbe med å ta ansvar for volden og dens konsekvenser, og med hvordan forelder fungerer i relasjon med sine nærmeste (Råkil, 2006). Vi som terapeuter bør legge til rette for at også barna følges opp, og at familien får snakket sammen om volden barna har opplevd. Samtidig har vi savnet gode rammer for dette. Siden 2015 har vi derfor jobbet med utvikling og implementering av en modell: Avklaringsprosess etter vold og overgrep (APVO), som legger til rette for å gjennomføre slike familiemøter. Vi har tilpasset den til arbeid med familier der barna har levd med ulike former for vold fra forelder, enten rettet mot en selv eller søsken, eller at volden skjer mellom foreldrene. Etter at vi begynte dette arbeidet, har flere modeller blitt utviklet for å snakke med barna og familier om vold, for eksempel Si det videre ved Alternativ til Vold (Castro et al., 2017). APVO-modellen er en videreutvikling fra en lignende tilnærming brukt i arbeid med barn utsatt for seksuelle overgrep (Lipovsky et al., 1998). Her vil vi beskrive APVO, vise utdrag av et (konstruert) kasus, og drøfte erfaringer med og implikasjoner ved bruk av modellen.

## BESKRIVELSE AV APVO-MODELLEN

I terapi med forelder som har utøvd vold, integreres APVO ved at forelder blir bedt om å skrive et brev til barna som har vært direkte utsatt eller levd med vold i hjemmet. Ideelt kan brevet bidra i en terapeutisk prosess der forelder i større grad anerkjenner barnets erfaringer, og tar ansvar for volden og dens konsekvenser. Brevet inneholder fire hoveddeler: 1. konkret beskrivelse av volden barna har vært utsatt for; 2. tanker om ansvar for volden; 3. beskrivelse av konsekvenser volden har hatt for barnet og familien; og 4. trygghets-





plan. Forelder jobber med brevet mellom timene, og terapeut bruker utkastene som utgangspunkt for terapeutiske samtaler. Vi ser at endringer i terapi gjenspeiles i utviklingen av brevet.

Når brevet er nesten ferdig, gjør behandler en vurdering om en kan gjennomføre det vi kaller et avklaringsmøte, med forelder og barna, der brevet leses. Møtet markerer ikke nødvendigvis en avslutning av oppfølgingen, men kan være del av både forelderens og eventuelt barnets terapiforløp. I forkant må barna ha fått snakket om eller uttrykt hvordan de har opplevd volden de har vært utsatt for, egne reaksjoner og mestringsstrategier. Barna må få tilstrekkelig informasjon, slik at de selv kan avgjøre om de ønsker å delta, og de må ha fått tid til å forberede seg. Brevet skal inneholde beskrivelser av viktige hendelser barna har uttrykt behov for å høre om, og konsekvensene av det å ha vært utsatt for vold. På møtet får barna også mulighet til å stille spørsmål om det de lurer på, og har forberedt dette med sin terapeut. Der det er mulig, er det viktig at den andre forelder inkluderes i prosessen.

Sekvensdiagrammet over viser de ulike stegene av AVPO-modellen, der en familie gjennomgår alle stegene. T er forkortelse for terapeut, der T1 er barnas terapeut og T2 er forelders terapeut. En tredje terapeut, T3, jobber ikke med familien, men kan bidra i drøftinger med terapeutene ved behov.

Forelder som har utøvd vold blir tidlig introdusert for ideen om å skrive et brev som del av sitt eget terapiforløp. Brevet skal skrives til barnet eller barna forelder har utsatt vold mot. Det er viktig å avklare at APVO er en del av terapi-

prosessen, at forelder kommer til å skrive flere versjoner av brevet, og at brevet ikke deles med barna før det er blitt bestemt at en skal gjennomføre et avklaringsmøte. Det bør presiseres at brevet er et bidrag til klientens egen prosess og kan være nyttig selv når det ikke blir delt, hvis dette vurderes å ikke være hensiktsmessig.

#### APVO I ET FORLØP: LISE OG PAPPA

I det følgende vil vi beskrive bruk av APVO-modellen ved hjelp av et klinisk kasus. For å sikre anonymitet har vi tatt utgangspunkt i flere klienter, og ut fra disse formet et kasus om Lise og hennes far, Jan.

Lise på åtte år bor sammen med far og to mindre søsken. Hun har ikke kontakt med sin mor. En dag fortalte hun på skolen at faren flere ganger hadde slått henne og søsknene. I etterkant angret hun på å ha fortalt om volden, da det førte til mange endringer hun ikke hadde kontroll på. Hun og søsknene ble plassert i ulike beredskapshjem, og hadde samvær med faren med tilsyn. Hun hadde forsøkt å snakke med faren om hva som hadde hendt, men han sa at de ikke fikk lov å snakke om det. Faren fortalte at han fikk hjelp ved Alternativ til Vold, uten at hun visste hva det ville si.

Selv om Lise ble fortalt at volden ikke var hennes skyld, kjente hun på et ansvar for alt det som skjedde i etterkant av at hun hadde fortalt om volden.

Lise ble invitert til familievernkontoret. Der fikk hun hjelp til å sette ord på volden hun

hadde vært utsatt for, og fikk forklart at vold var også når faren truet, og når han kalte henne stygge ting. Lise fortalte terapeuten at hun alltid visste når pappa var i dårlig humør, ved at hun kjente det på kroppen. Hun fortalte også at hun ikke torde gå imellom når søsknene ble utsatt for vold, men sprang og gjemte seg. Hun syntes hun hadde vært feig. Terapeuten fortalte at det kunne være en måte å mestre det som skjedde på, og at han visste om flere barn som også gjemte seg.

Lise ble tidlig i fars terapi invitert til samtale ved familievernkontoret fordi hun hadde opplevd vold, ikke fordi hun utviste atferd som tilsa at hun strevde. Det ble opprettet samarbeid mellom fars terapeut og Lises terapeut. I møte med terapeuten fikk Lise sortert tankene sine, og hjelp til å fortelle og bearbeide egne reaksjoner og følelser. Hun fikk vite at faren, som hun også var glad i, hadde noen å snakke med.

Far til Lise, Jan, var redd for å erkjenne volden og for å miste omsorgen for barna. Hans intensjon hadde ikke vært å skade dem. I kartlegging fikk han mange spørsmål. Han syntes det var rart å få spørsmål om han selv hadde levd med vold i sin oppvekst. Jan fikk tilbud om voldsspesifikk terapi, og allerede i tredje samtale introduserte terapeuten muligheten for å jobbe med et brev til barna mellom timene.

Jan opplevde situasjonen i etterkant av avdekkingen som kaotisk og frustrerende, og han kjente seg alene. Både han og terapeuten syntes brevskrivningen var et nyttig verktøy for å holde fokus på volden. Jan gikk i terapi i ett år, og skrev ni utkast av brevet før det ble lest høyt for Lise på et avklaringsmøte. I eksemplene nedenfor vil det være utdrag av brevet hans til barna, i fire deler.

#### Del 1: Hva har jeg utsatt barna for

Den første delen av brevet handlet om hva Jan hadde utsatt barna sine for. Her er et eksempel på Jans første utkast:

En gang jeg var sliten og trøtt og dere ikke ville høre etter når jeg snakket til dere, måtte jeg true med å slå for at dere skulle bli stille. Jeg har dyttet deg, Lise, noen ganger fordi du kom for sent hjem. Den ene gangen falt du og var så uheldig at du slo deg i hodet.

I Jans beskrivelser ser vi at han forklarte volden med at barna ikke hørte etter, og ga Lise ansvaret for volden fordi hun kom for sent hjem. Han forklarte også skaden til Lise som et uhell. I de påfølgende timene utforsket terapeuten Jans opplevelse av egen voldsutøvelse og hjalp ham å erfare hvordan voldsbruken hang sammen med hans egen problematikk (Lømo et al., 2018). Etter flere terapitimer skrev Jan en ny versjon av brevet. Endringene i brevet gjenspeilet utviklingen i terapien. Slik så denne delen i brevet ut da det ble lest opp for Lise:

Jeg har slått dere, jeg har truet med å slå, og jeg dyttet deg, Lise, hardt slik at du falt på gulvet og slo hodet ditt. Jeg har kalt dere for idioter og sagt at du, Lise, ikke skulle vært født. Dere har opplevd at søsknene deres har vært utsatt for vold fra meg.

På bakgrunn av det Jan skrev i denne delen av brevet, kan det virke som han fikk større innsikt i barnas opplevelse av volden og i større grad tok barnas perspektiv. Nå er alle former for vold barna har opplevd, tatt med. Etter møte med barnas terapeut er også volden beskrevet med samme ord som barna brukte om volden. Denne delen av brevet gir barna bekreftelse på volden de har opplevd.

#### Del 2: Ansvar for volden

I andre del blir forelder bedt om å skrive noen tanker om ansvar for volden. Jan strevde med dette. Han hadde en følelse av å ikke ha kontroll, spesielt i situasjoner der han opplevde barna som respektløse. I slike situasjoner følte han seg som en dårlig far, og hørte stemmen til sin egen far som kalte ham en idiot. Han forsto ofte ikke hvordan barna hadde det, og ble veldig sint når de gråt. Utover i terapiforløpet greide Jan i større grad å se det fra barnas perspektiv og dermed ta kontroll i situasjoner der han tidligere utøvde vold. Slik var delen om ansvar da brevet ble lest:

Det var galt av meg å gjøre dere vondt med å slå og true dere. Det var galt av meg å dytte deg, Lise, slik at du falt. Det er mitt ansvar at dere kjenner dere trygge når dere er hjemme, og at jeg ikke utøver vold mot dere. Det var også galt av meg å skremme dere og si stygge ting til dere.

**Del 3: Konsekvenser volden har hatt for barna**  
Volden Jan utsatte barna for, hadde alvorlige konsekvenser, særlig for Lise som var eldst. Hun hadde lav selvfølelse, strevde på skolen og i relasjoner med venner. Hun ble ofte utrygg og overveldet, virket umoden og kunne fremstå aggressiv når hun tolket noen som sint. I etterkant av avdekkingen ble barna flyttet ut av hjemmet. Da ble de adskilt, og Lise måtte bytte skole. Lise tok på seg ansvaret for dette, ettersom det var hun som hadde fortalt om volden. I et av de første utkastene til Jan sto det lite om konsekvenser og virkningen hans voldsutøvelse hadde hatt på barna.

Barnevernet sier at dere er redde for meg, men det trenger dere ikke å være. Jeg tror det har vært vanskelig for dere etter at Lise fortalte at jeg hadde dasket til henne. Det er så vondt for meg å se at dere har det vanskelig nå når dere ikke kan bo hjemme.

Erfaring fra samtaler med barn viser at det er viktig at forelder tar ansvar for konsekvensene volden har hatt (Ascheim et al., 2011). Samtidig kan det være vanskelig for foreldre å sette seg inn i konsekvensene volden har hatt for barna deres. Mohaupt og kolleger (2019) har forsket på menn som går i terapi for å ha utøvd vold mot partner, og funnet at mange selv har opplevd vold og andre relasjonelle traumer i oppveksten. Disse opplevelsene kan ha bidratt til at de i voksen alder har vansker med å forstå og tillegge barnas følelser mening (Mohaupt et al., 2021). Det var først da Jan jobbet med å bearbeide egne opplevelser i oppveksten, at han klarte å sette seg bedre inn i opplevelsene til barna sine. Da brevet ble lest opp for barna, så delen om konsekvenser slik ut:

Jeg vet at dere var redde for meg når jeg var sint, og at det har vært vondt for dere når jeg slo. Jeg tror at du, Lise, synes det var vanskelig å få sove og konsentrere deg på skolen, og at du har hatt vondt i magen. Fordi jeg utøvde vold, har dere måttet flytte hjemmefra, og Lise, du har nok tenkt at alt som skjedde i etterkant, var din skyld.

Ut fra vår erfaring er delen av brevet der forelderen tar ansvar for konsekvensene som voldsutøvelsen har hatt, den mest betydningsfulle for barna. At forelder tar dette ansvaret, er en måte å anerkjenne hva barna har strevd med, og følelsene deres. Dersom den som har begått overgrep,



### Å øke relasjons- og foreldrekompetansen er viktig i volds-spesifikk terapi, det er ikke nok å utelukkende stoppe volden

klarer å kommunisere forståelse for hvordan overgrepet har virket på barna, kan dette fremme terapeutisk arbeid rettet mot deres evne til å uttrykke og regulere følelser (Lipovsky et al., 1998).

#### Del 4: Trygghetsplan

Siste del av brevet skal inneholde hvilke strategier forelderen har utviklet for ikke å utøve vold. I tidlige utkast har forelder ofte få eller ingen konkrete refleksjoner om og verktøy for hvordan de skal møte barna i situasjoner der de tidligere utøvde vold. Slik så første utkast ut: «Jeg kommer aldri til å slå dere igjen.» Å øke relasjons- og foreldrekompertansen er viktig i volds-spesifikk terapi, det er ikke nok å utelukkende stoppe volden (Mohaupt & Duckert, 2016).

Jeg har blitt mer kjent med hvordan dere har hatt det, og hva dere trenger. Jeg vil fremover sette meg ned og snakke rolig med dere i stedet for å heve stemmen. Dersom dere ser at jeg går ut av rommet når jeg blir sint, så er dette noe jeg har lært i samtalene med terapeuten, og jeg kommer tilbake etter en liten stund. Hvis dere kjenner på utrygghet, kan dere si fra til meg eller noen dere stoler på.

Når barna blir kjent med verktøyene forelder jobber med, kan dette føre til at de blir mindre bekymret for at volden skal gjenta seg.

#### Oppfølging av barna og samarbeid

Først da brevet til Jan var ferdig etter et år i terapi, fikk barna vite at han hadde skrevet et brev til dem. Barna fikk tilbud om å høre hva som sto i brevet. Dette ønsket Lise, og hun ble spurt om det var viktige voldsepisoder hun hadde behov for at faren skulle fortelle om. Hun ble også spurt om hun hadde spørsmål hun ønsket å stille ham.

#### Forarbeid

Etter flere samtaler med barna møtte Jan og hans terapeut barnas terapeut. Barnas tera- »

peut delte, med barnas ord, hva som var viktig for dem at Jan hadde med i brevet. Terapeuten delte også barnas spørsmål og tanker de hadde om hvorfor faren hadde utøvd vold. I etterkant av møtet jobbet Jan videre med å justere brevet, slik at det var mer tilpasset barnas behov. Det er viktig at terapeuten til barna har lest innholdet i brevet før avklaringsmøtet. Barnas terapeut leder og har ansvar møtet.

#### *Avklaringsmøtet*

Avklaringsmøtet legges opp ut fra barnas behov. I begynnelsen av møtet kan noen barn være urolige og bruke ulike strategier for å mestre egen usikkerhet. Likevel ser vi på blikket og kroppsspråket til mange av barna at de blir rolige når forelderen begynner å lese.

Lise lyttet intenst da faren leste. Hun kjente seg igjen og opplevde en lettelse da han sa at det som hadde skjedd, ikke var hennes feil.

Etter vår erfaring betyr det mer for barna at forelder bekrefter deres opplevelser av volden, enn at andre gjør det. Når brevet har blitt lest, stilles spørsmålene barna har jobbet med, og som forelder har forberedt et svar til. Barna lurer ofte på hvorfor forelder har utøvd vold selv om de visste det var galt, og om forelder er sint for at barna har fortalt om volden.

#### *Videre oppfølging*

De fleste foreldre og barn som har deltatt i avklaringsmøter, har hatt samtale i etterkant, både individuelt og sammen. Jan og Lise beskrev begge at de nå snakket mer sammen om volden som faren hadde utøvd. Vi får flere tilbakemeldinger fra våre klienter om at det er blitt større grad av åpenhet rundt volden, men også rundt andre vanskelige temaer.

#### **DISKUSJON**

Vi har utviklet APVO-modellen for å ramme inn familiemøter med foreldre og barn i saker med vold. APVO hjelper terapeut og klient, altså forelder som har utøvd vold, med å holde fokus på volden. Modellen sikrer også at alle i familien blir tilbudt oppfølging og eventuelt behandling. Brevskrivningen kan brukes som verktøy i terapi, og modellen har hjulpet oss å ta utgangspunkt i og tilpasse behandlingen til klientens forståelse av egen voldsutøvelse, seg selv og barna.



## Vår erfaring er at APVO bidrar til samarbeid mellom terapeuter og ulike instanser som følger opp den enkelte i familien

Samtidig har vi møtt på flere utfordringer med bruk av modellen. For det første kan det være fristende for terapeut å veilede forelder på hva som bør skrives i de ulike delene av brevet. I tillegg kan klientene streve med å ta barnets perspektiv og å ha en realistisk vurdering av egne foreldreferdigheter (Mohaupt & Duckert, 2016). Hvis terapeuten blir for ledende og forklarende, kan dette føre til at brevet ikke gjenspeiler forelders utvikling i terapi, og derfor heller ikke blir et nyttig verktøy i endringsprosessen. En annen utfordring er å vurdere når brevet er godt nok til å bli lest opp for barna. Vår erfaring er at det er sekundært hvor langt og innholdsrikt brevet er. For å vurdere om brevet er klart må en se på om det gjenspeiler forelderens endring, at volden ikke beskrives på en bagatelliserende måte, ansvaret for volden ikke legges på barnet, og forelderen må klare å sette ord på konsekvensene volden har hatt for barnet. Brevet og svarene på barnas spørsmål må tilpasses barnas alder og utvikling og det som er viktig for dem. I denne prosessen kan det være til hjelp at den andre forelderen leser brevet i forkant, og det skal være samarbeid med barnas terapeut.

I noen tilfeller skriver foreldre et brev til barna uten at det blir et avklaringsmøte. Det har i hovedsak vært to årsaker til dette. Det ene er at forelder ikke har kommet langt nok i egen terapi. Det andre handler om barnas samtykke til deltakelse. Dersom barna ikke har tilstrekkelig informasjon om hva de skal delta på, eller er uforberedt, kan møtene oppleves overveldende. Vi bør være oppmerksomme på at barn kan samtykke til å delta i lojalitet til foreldre og terapeut, heller enn å ta hensyn til egne ønsker og behov. I tillegg bør vi være åpne for at barna kan endre betingelser for brevlesing underveis i prosessen. Noen har ønsket å endre på den fastlagte strukturen før de samtykker, som at de ønsker at terapeuten heller enn forelderen skal lese brevet, eller at møtet med forelder

sker etter at brevet er lest. Selv om barna ikke ønsker å delta på et slikt møte eller høre brevet forelder har jobbet med, har vi erfart at prosessen har vært en viktig del av forelders terapi.

Vår erfaring er at APVO bidrar til samarbeid mellom terapeuter og ulike instanser som følger opp den enkelte i familien. Modellen bidrar til å skape trygge rammer og struktur for fami-

liesamtaler om volden foreldre har utøvd. Brevet inneholder deler som beskriver volden, tanker om ansvar for volden, konsekvenser volden har hatt for barna, og endringen som forelderen har vært gjennom, inkludert strategier for ikke å utøve vold igjen. Avklaringsmøtet gjennomføres på barnas premisser, og barna gir informert samtykke til å delta. ✕

## REFERANSER

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R. & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Ascheim, Ø., Sanna, W. T. & Steinsvåg, P. Ø. (2011). En familie, mange virkeligheter. I U. Heltne & P. Ø. Steinsvåg (red.), *Barn som lever med vold i familien. Grunnlag for beskyttelse og hjelp* (2. utg., s. 29–40). Universitetsforlaget.
- Castro, Y., Hop, H. K., Lid, Ø., Ekren, K. & Haakanes, R. B. (2017). *Si det videre*. En modell for å gjennomføre informasjonssamtaler med barn som lever med vold. [https://atv-stiftelsen.no/wp-content/uploads/2018/03/SiDetVidere-ATV\\_LowRes.pdf](https://atv-stiftelsen.no/wp-content/uploads/2018/03/SiDetVidere-ATV_LowRes.pdf)
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J. & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453–1460. <https://doi.org/10.1176/appi.apj.160.8.1453>
- Holt, T. & Hafstad, G. S. (2016). Barn og traumer: et utviklingspsykologisk perspektiv. I C. Øverlien, M.-I. Hauge & J.-H. Schultz (red.), *Barn, vold og traumer. Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 281–295). Universitetsforlaget.
- Lipovsky, J. A., Swenson, C. C., Ralston M. E. & Saunders, B. E. (1998). The Abuse Clarification process in the treatment of intrafamilial child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 22, 729–741. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00051-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00051-9)
- Lømo, B., Haavind, H. & Tjersland, O. A. (2018). From Resistance to Invitations: How Men Voluntarily in Therapy for Intimate Partner Violence May Contribute to the Development of a Working Alliance. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(16), 2579–2601. <https://doi.org/10.1177/0886260516628290>
- Mohaupt, H. & Duckert, F. (2016). Parental reflective functioning in fathers who use intimate partner violence: Findings from a Norwegian clinical sample. *Nordic Psychology*, 68(4), 272–286. <https://doi.org/10.1080/19012276.2016.1162107>
- Mohaupt, H., Duckert, F. & Askeland, I. R. (2019). How do men in treatment for intimate partner violence experience parenting their young child? A descriptive phenomenological analysis. *Journal of Family Violence*, 35, 863–875. <https://doi.org/10.1007/s10896-019-00083-x>
- Mohaupt, H., Duckert, F. & Askeland, I. R. (2021). How do memories of having been parented relate to the parenting-experience of fathers in treatment for intimate partner violence? A phenomenological analysis. *Journal of Family Violence*, 36, 467–480. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00210-z>
- NOU 2017: 12. (2017). *Svikt og svik. En gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Barne- og likestillingsdepartementet.
- Ormhaug, S. M., Jensen T. M., Hukkelberg, S. S., Holt, T. & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidskrift for Norsk psykologforening*, 49(3), 234–240.
- Raundalen, M. (2011). Vi må snakke med barna om volden. I U. Heltne & P. Ø. Steinsvåg (red.), *Barn som lever med vold i familien. Grunnlag for beskyttelse og hjelp* (2. utg., s. 175–183). Universitetsforlaget.
- Reigstad, B., Jørgensen, K. & Wichstrøm, L. (2006). Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalence and correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(1), 58–66. <https://doi.org/10.1080/08039480500504933>
- Råkil, M. (2006). Are men who use violence against their partners and children good enough fathers? The need for an integrated child perspective in treatment work with men. I C. Humphreys & N. Stanley (red.), *Domestic Violence and Child Protection: Directions for Good Practice* (s. 190–203). Jessica Kingsley.
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M. & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(10), 652–666. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111>

FOTO: STUDIO 1 FOTOGRAFENE



**METTE EKENES GARMANNSLUND**, leder av Psykologforeningens fagetiske råd

## *Fagperson eller privatperson? Det er spørsmålet*

Hvor skal vi som er psykologer, trekke opp grensen mellom fagutøvelse og privatliv?

**Avisintervjuer der forfatter** Hilde Rød-Larsen formidler erfaringene som ligger til grunn for romanen *Diamantkvelder*, har skapt stor debatt. Et sentralt spørsmål har vært hvorvidt det hun beskriver, er å anse som utnyttelse på bakgrunn av en asymmetrisk maktrelasjon, eller som et privat anliggende mellom to voksne mennesker. Psykologer bør benytte anledningen til å løfte spørsmålet om når man er å anse som fagperson, og når man handler som privatperson.

**Psykologer har kunnskap**, ferdigheter og erfaring som gjør relasjonen til våre klienter asymmetrisk, og klienten avhengig av vår forpliktelse og evne til å gjøre den profesjonelle kontakten trygg. I etiske prinsipper for nordiske psykologer (EPNP) står det under hovedpunktet Integritet, underpunkt Rollekonflikter og utnyttning at:

Psykologen tilstreber bevissthet om sine egne behov, holdninger og vurderinger og om sin rolle i relasjonen. Han/hun misbruker ikke sin makt og stilling gjennom å utnytte klientens

avhengighet og tillit. Psykologen unngår utenomprofesjonelle relasjoner til en klient, som kan redusere den profesjonelle distanse og føre til interessekonflikter eller utnyttelse. Psykologen er oppmerksom på hvordan intimitet og seksualitet direkte og indirekte kan påvirke relasjonen mellom psykolog og klient. Psykologen unngår privatisering og seksualisering av klientrelasjoner. Seksuell omgang mellom psykolog og klient skal ikke forekomme.

### ETIKK OG JUSS

**Når psykologen har** en tydelig definert profesjonell rolle overfor klienter, er det klart at dette er noe som psykologen må etterleve. Dette reguleres også av lovverket som gjelder for helsepersonell. Men er det så enkelt å trekke opp klare skillelinjer mellom fagutøvelse og privatliv? Når er det egentlig at psykologers fagetiske forpliktelse trer inn?

**La oss slå** det fast først som sist: Psykologer kan være bundet av både lovverk og fagetiske retningslinjer også utenfor arbeidstid. I forordet til EPNP står det at:

De fagetiske prinsippene regulerer psykologers faglige virksomhet, som er definert som enhver situasjon der psykologen utøver yrkesmessig virksomhet i relasjon til individ, gruppe eller organisasjon. De fagetiske



prinsippene etterleves også i yrkesmessige situasjoner hvis innhold ikke umiddelbart kan karakteriseres som psykologisk faglig virksomhet, men som utøves av psykologer og bygger på ferdigheter oppnådd gjennom psykologutdannelsen.

**EPNP tilsier altså** at psykologen kan bli stilt til ansvar for det som skjer utenfor arbeidstid og -sted. Dersom vi utelukkende navigerer etter de formelle kjennetegnene ved kontakten med andre, kan vi altså svikte den etiske forpliktelsen vi har.

**Psykologer vil være** påvirket av sin kompetanse i alle relasjoner og situasjoner, uten at de nødvendigvis er å anse som annet enn privatperson. Da har vi i det minste et moralsk ansvar for ikke å bruke kompetansen vår på bekostning av andre. Det sentrale for fagetikken og jussen, er om man i praksis handler som psykolog og ikke privatperson. Noen ganger kan man inngå i private relasjoner ut fra faglig rolle og kompetanse, og utøve det som da i praksis er yrkesmessig virksomhet. Relasjonen vil være preget av asymmetri, og psykologen vil være bundet av de fagetiske prinsippene.

**Det er en** kjensgjerning at helsepersonell har mistet autorisasjonen sin på bakgrunn av handlinger utenfor arbeidstid. Som psykologer kan vi ikke bedyre uskyld og uvitenhet. Det ligger i vår kompetanse å forstå makt, asymmetri og maktmisbruk.

”

Psykologer kan være bundet av både lovverk og fagetiske retningslinjer også utenfor arbeidstid

»



I forskning og tilsynssaker tegner det seg et gjentatt scenario av den godt voksne mannlige fagpersonen som innleder et forhold til den yngre og sårbare kvinnen

**Psykologers kompetanse gir** makt som kan brukes manipulativt ved at den får andre til å gjøre noe til ens egen fordel, som den andre ikke er klar over eller ikke ellers ville gjøre. Manipulasjon kan være bevisst og målrettet, men kan også ha form av ubevisste samspill drevet fram av psykologens private behov og ønsker.

## KJØNNSDIMENSJON

**Når dagens debatt** knyttes til metoo, trer også kjønnsdimensjonen fram. Jeg mener at vi skal være oppmerksomme på at asymmetriske relasjoner og maktmisbruk er like relevant for fagpersoner av alle kjønn. Det er grunn til å anta at det kan være store mørketall i problematikken, og vi skal være forsiktige med å dra bombastiske slutninger om kjønn som risikofaktor. I forskning og tilsynssaker tegner det seg et gjentatt scenario av den godt voksne mannlige fagpersonen som innleder et forhold til den yngre og sårbare kvinnen. Fagpersonen fikk ikke nødvendigvis klare signaler om at kontakten ikke var ønsket, og det er gjerne i etterkant at hendelser mellom de to blir problematisert.

**Dette bildet har** vi også sett i forbindelse med metoo, der menn fra flere ulike samfunnsarenaer oppdaget at det de trodde var en positiv, ønsket kontakt mellom likeverdige parter, ikke ble opplevd slik av den andre. I dagens debatt har noen fagpersoner manet til generell forsiktighet med å innlede seksuelle forhold til sårbare personer som kan tenkes å knyttes til oss nettopp på grunn av fagkompetansen vår. Andre har ment at det bør utvises spesiell aktsomhet ved stor aldersforskjell, da dette kan være tegn på at asymmetriske maktforhold gjør seg gjeldende.

**Jeg vil oppfordre** til å aktivt bruke den etiske refleksjonsprosessen til å redusere risiko for grenseoverskridelser. Jeg tenker at det er risikofylt dersom vi som psykologer går inn i private relasjoner med faglig blikk og tyngde, til andre som har stort behov for kompetansen vår, uten at vi følger prinsippet om å *tilstrebe bevissthet om våre egne behov, holdninger og vurderinger og om vår rolle i relasjonen*. Vi må sikre oss at vi heller ikke i private relasjoner *misbruker vår makt og stilling gjennom å utnytte andres avhengighet og tillit*.

## YRKESRISIKO

**Psykologstanden må benytte** dagens debatt til å løfte fram grenseoverskridelser som en yrkesrisiko for alle psykologer. Oppmerksomheten må utvides til å omfatte også de situasjonene der vi opptrer med faglig makt i private rom. De fleste psykologer har valgt yrke ut fra et ønske om å hjelpe andre, men en god intensjon sikrer oss ikke mot å gjøre skade. Dette krever at vi hele tiden er bevisste og reflekterende rundt den makten og påvirkningskraften vi forvalter, og hvilke konsekvenser våre handlinger kan få for andre. Dette kan ikke bare være et individuelt ansvar for den enkelte psykolog, men fordrer fellesskap og støtte. ❌



**AKTUELT**  
NY DOKTORGRAD

## Fikk bukt med presentasjonsangsten

**Presentasjonsangst hos ungdom kan bekjempes med VR-behandling.**

Å holde en presentasjon foran klassen kan være vanskelig for mange ungdommer, og problemet refereres gjerne til som presentasjonsangst. Det innebærer at ungdommen frykter å bli evaluert negativt av tilhørerne, at man er redd for å bli ydmyket og flau. For mange vil vanskene som gjerne oppstår i ungdomsårene, vedvare inn i voksen alder, og tidlig intervensjon og forebygging er følgelig viktig. Gullstandardbehandlingen for presentasjonsangst involverer in vivo-eksponering, men stipendiat Smiti Kahlon påpeker at slik eksponering er ressurskrevende. I doktorgraden sin har hun sett på effekten av VR-eksponering for ungdommer med presentasjonsangst.

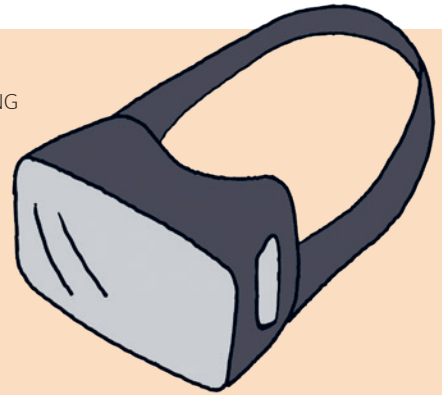
I to studier undersøkte Kahlon og kolleger om VR-trening for ungdom er gjennomførbart, og om det reduserer presentasjonsangst. I den første pilotstudien gjennomførte 27 ungdommer en 90-minutters VR-basert trening sammen med en terapeut. Intervensjonen var laget for å etterligne et vanlig klasserom med elever, og bestod av en del psykoedukasjon og påfølgende eksponering hvor man veiledes av terapeuten. Ungdommene rapporterte en stor nedgang i angstplager, som gjorde at forskerne konkluderte med at VR har potensial som en mer tilgjengelig behandlingsform for ungdom med presentasjonsangst.

*Kilde: Universitetet i Bergen*



FOTO: MARIUS LØRØF/FINLAND

**AKTUELT**  
NY FORSKNING



ILLUSTRASJON: NORA SKJERDINGSTAD

## Reduserte hverdagsstresset

**VR-terapi fungerer for psykosepasienter som opplever betydelig stress og ubehag i hverdags situasjoner.**

Mange pasienter med psykose opplever vanskeligheter knyttet til hverdagslige situasjoner som å gå i butikken, ta bussen eller å spasere på gaten. Disse situasjonene kan fremkalle frykt for negativ evaluering av andre, for å bli observert eller avvist. Dette gjør at denne pasientgruppen gjerne velger å unngå de angstfremkallende situasjonene og trekker seg tilbake fra hverdagsaktiviteter, som igjen påvirker både deres fysiske og psykiske helse.

I en nylig publisert artikkel i *Lancet Psychiatry* har forskere sett på effekten av virtuell virkelighet (VR) i behandlingen av unngåelses- og stress-symptomer hos pasienter med psykose. I en randomisert kontrollert studie mottok 346 pasienter enten VR-terapi eller vanlig behandling.

I intervensjonen er målet å trygge pasientene gjennom å teste forventninger de har for hva som kan skje når de er sammen med andre, i en VR-setting. De lærer følgelig at situasjonen som de frykter, er mindre farlig enn først antatt.

Sammenlignet med kontrollgruppen hadde gruppen som mottok VR-terapi betydelige reduksjoner i agorafobisk unngåelse og stress etter seks uker. Dette er per dags dato den største randomiserte studien som har sett på effekten av VR-terapi i behandling av psykiske lidelser.

### REFERANSE

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. *The 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)

# Meninger

## Nå er det prioritering som mangler

Nasjonalt, bredt og befolkningsrettet har vi aldri forsøkt å forebygge psykiske lidelser. Det kan skyldes manglende kunnskap, men også manglende prioritering.



**TEKST** Arne Holte, professor emeritus i helsepsykologi, UiO

### FOREBYGGING

*Ingen oppgitte interessekonflikter*

**STYRKET PSYKISK HELSE** og lavere forekomst av psykiske lidelser i befolkningen må bli hovedmålet for den nye opptrappingsplanen for psykisk helse. Hvorfor? Fordi ingen andre sykdommer koster Norge mer i kroner og øre, helsetap, tapte friske leveår i arbeidsdyktig alder og livskvalitet samt uføretrygding og selvmord blant unge.

Klart vi skal ha like bra behandling når vi er psykisk syke, som når vi er fysisk syke. Men vi kan ikke behandle oss ut av dette. Behandling til alle psykisk syke som er helt urealistisk, kan bare senke sykdomsbyrden fra psykiske lidelser for samfunnet med en tredjedel. Ta depresjon, samfunnets dyreste sykdom. Der kan psykoterapi gi god effekt. Men mer enn halvparten blir ikke vesentlig bedre (50 % symptomreduksjon), og bare en tredjedel blir friske av behandlingen (Cuijpers et al., 2021).

I desemberutgaven av Psykologtidsskriftet stiller Cecilie Cottis Østreng meg ti omfattende spørsmål. Tre av dem er: Skal vi forebygge de letteste lidelsene på bekostning av de tyngste? Kan schizofreni og bipolaritet forebygges? Kan ikke de verste konsekvensene av disse lidelsene forebygges?

Svarene er ja, ja og ja. Hvorfor? Fordi det er en vesentlig forskjell mellom de vanligste formene for depresjon, angst og ruslidelser og psy-

kotiske og bipolare lidelser, alvorlige personlighets- og utviklingsforstyrrelser. De første, som kan være like funksjonshemmende som de siste, vet vi nå mye om hvordan vi kan forebygge. WHO mener at halvparten kan forebygges. De andre kan vi påvirke forløp og konsekvenser av gjennom tidlig intervensjon, men ikke hindre at de oppstår. I forebygging som behandling bør vi prioritere det vi kan gjøre noe med.

For hvilken annen livstruende og invalidiserende lidelse ville vi godtatt forebygging fremfor behandling? spør Østreng. Jeg er fristet til å si: på samfunnsnivå før sykdom er oppstått – alle. På individnivå og etter at sykdom er oppstått – ingen.

Død i veitrafikken er redusert fra nesten 500 på 1970-tallet til 87 siste år. Hjerteinfarkt er redusert med 80 prosent. Nedgangen i hjerneslag er imponerende. Kols vil snart gå kraftig ned. Det skyldes primært brede befolkningsrettete forebyggende tiltak. Ikke behandling. En tilsvarende utvikling må vi få for psykiske lidelser.

Til mammografiscreening er det satt av 25 ganger mer, og til skader og død i veitrafikken 3500 ganger mer (Nasjonal transportplan) enn til forebygging av selvmord. Sånn kan vi ikke ha det når syv ganger flere dør av selvmord enn på veiene og flere dør av selvmord enn av brystkreft.



**BRED NASJONAL FOREBYGGING** Vi vet nå mye om hvilke forebyggende tiltak som virker og lønner seg økonomisk, skriver Holte.  
Foto: Fernando Privitera / Shutterstock / NTB Scanpix

Nasjonalt, bredt og befolkningsrettet har vi aldri forsøkt å forebygge psykiske lidelser. Det kan skyldes manglende kunnskap, men også manglende prioritering og, som Østreng fremhever, skam og fordommer. Men ungdom har blitt åpnere, og kunnskapen har eksplodert. Vi vet nå mye om hvilke psykisk helsefremmende og forebyggende tiltak som virker hvor og lønner seg økonomisk. Nå mangler bare prioriteringen. Om spesialisthelsetjenestene mener jeg, som Østreng, mye. Men det får bli en annen gang. ✕



I forebygging som behandling bør vi prioritere det vi kan gjøre noe med

#### DEBATT OM FOREBYGGING

Tidligere innlegg:

**Nr. 12 - 2022** Forebygging på bekostning av de sykeste  
(Cecilie Cottis Østreng)

**Nr. 11 - 2022** Mer behandling er ikke det viktigste (Arne Holte)

#### REFERANSE

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H. & Furukawa, T. A. (2021). The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144(3), 288–299. <https://doi.org/10.1111/acps.13335>

*I debattinnlegget «Risikabelt med kjønnsbekreftende lavterskeltilbud» i desemberutgaven unnlot vi å gjøre oppmerksom på at forfatteren, Marit Johanne Bruset, er med i styret i Genid, et nettverk av helsepersonell og nære pårørende til personer med kjønnsinkongruens. Redaksjonen beklager.*



# Den vanskelige overgangen

Det er lærdom å hente av psykologenes frustrasjoner i overgangen fra utdanning til yrkesliv.

**TRE MODIGE DEBATTANTER** har delt sine tanker, opplevelser, skuffelser og frustrasjoner om overgangen fra psykologutdanning til yrket som psykolog. En motstemme avviser det hele, og kaller dem «lidende».

Som forsker på ansettelser (rekruttering, utvelgelse og innfasing av nyansatte) kjenner jeg igjen generelle problemområder som kan håndteres innen rammen av praksiser som innfasing/onboarding, og belyses gjennom litteratur om organisasjonssosialisering. I dette innlegget vil jeg trekke fram ni læringspunkt fra debatten som vi kan bruke for å skape en bedre overgang for alle nyansatte – ikke bare nyutdannede og ikke bare psykologer.

## MOTSTRIDENDE FØLELSER

Fra litteraturen om organisasjonssosialisering er det velkjent at møtet med en ny arbeidsplass ofte er preget av to motstridende følelser: glede og reorientering, men også skuffelser og frustrasjoner. Det er altså ikke slik at man enten trives eller mistrives i ny jobb eller nytt yrke, det er ofte nettopp en dobbelhet. Det er ikke uventet at de som kommer rett fra utdanning, vil ha høyere og mer urealistiske forventninger, og derfor også høyere frustrasjoner, enn dem som har vært i yrket en tid.

Lene Paulsen Walderhaug er motstemmen som avviser de nyutdannedes frustrasjoner og egentlig hele problemstillingen, og gir endatil devaluerende personkarakteristikker ved å kalle de tre for «lidende». I arbeidslivet for øvrig ser vi samme avvisning kanskje tydeligst overfor nye ledere, der det hevdes at man har valgt den beste, og at denne (derfor) selv må ta ansvar for eget lederskifte. Det er vanskelig å se hvilken hjelp nyansatte generelt, og nyutdannede spesielt, kan ha av at skuffelser og frustrasjoner avvises

som irrelevant. I stedet tror jeg at psykologisk kunnskap og psykologer kan spille en viktig rolle nettopp i håndtering av paradoksale følelser.

Første læringspunkt: Ta følelsene på alvor, og bearbeid dem.

## UTDANNINGSKRITIKK

For dem som de senere årene har gått fra utdanning til yrke, er det nok gjenkjennbart når Elin Hanevik sier at det «er et stort gap, nærmest et hav, mellom erfaringer og praksis på studiet og hva som møter oss ute i arbeidslivet». Derfor mener hun at utdanningen må styrkes for å forberede bedre på praktisk yrkesutøvelse.

Andre læringspunkt: Utdanningen kan (alltid) bli bedre!

Samtidig er det viktig å merke seg at samme kritikk rettes mot utdanning for lærere, sykepleiere, politi, revisorer og ingeniører. Dette er altså et generelt fenomen, gjerne omtalt som «praksissjokket», og peker derfor ut over psykologers inntreden i sitt yrke. Utdanning synes sjelden å være direkte kvalifiserende for kompleks, profesjonell yrkesutøvelse. Dermed vil det kanskje alltid ligge igjen læringsutfordringer i overgangen fra utdanning til yrke.

Tredje læringspunkt: Det man ikke lærer (eller kan lære) i utdanningen, må man lære i praksis og etter hvert!

## INN I YRKET

Selv om det er viktig å gjøre noe med utdanningen, peker Hanevik på at det er «vel så viktig å se til hvordan nye psykologer tas imot i arbeidslivet». Hun mener det er behov for en opplæringsperiode hvor man «kombinerer selvstendig arbeid og hospitering i timer med mer erfarne psykologer», altså en mer strukturert onboarding/innfasing i yrket. Strategien som foreslås, er en mester-lær-»



**TEKST** Frode Hübertz Haaland, førsteamanuensis, Høgskolen i Østfold

**ILLUSTRASJON**  
Hilde Thomsen

**ARBEIDSVILKÅR  
I PSYKISK  
HELSEVERN**

Ingen oppgitte  
interessekonflikter



I stedet for strukturert innfasing, settes man direkte inn i arbeidet

ling-modell, og ligner den som legges til grunn for overgangen fra lærerutdanning til læreryrket.

Fjerde læringspunkt: Arbeidsplassene må gi bedre læring i overgangen fra utdanning til yrke!

#### SVAK OG TILFELDIG INNFASING

Elisabeth Hooper Storeide beskriver at selv om man *skal* få oppfølging, veiledning og støtte, kan det gå måneder før slikt kommer på plass. I stedet for strukturert innfasing, settes man direkte inn i arbeidet.

Hennes erfaringer er dessverre helt parallele til hva som skjer i arbeidslivet for øvrig: Ansettelsen har tatt så lang tid at når den nyansatte endelig trer inn i rollen, er det bare full fart «inn i hamsterhjulet» for å ta igjen tapt tid. Dette skjer på tross av gode intensjoner og uavhengig av systemer og prosedyrer. Nødvendige tiltak viker for praktiske hensyn.

Femte læringspunkt: Strukturert innfasing må gå fra idé og plan til virkelighet!

Både Hanevik og Andrea Røsberg Erlandsen etterlyser oppfølging, støtte og veiledning, altså tiltak som vanligvis er velegnet for å bearbeide nyansattes tanker og opplevelser i møtet med og håndtering av praksis. I arbeidslivet brukes i liten grad veiledning for nyansatte, og ressursene legges i stedet på de minst effektive tiltakene: formell opplæring med gjennomgang av organisasjonskart og offisielle normer og kultur, personalhåndbok og lignende.

Sjette læringspunkt: Bruk veiledere!

#### NYANSATTE ER FORSKJELLIGE

Ineffektiv og tilfeldig innfasing er problematisk for alle nyansatte, men debatten viser hvor alvorlig det kan være for dem som kommer fra utdanning og skal inn i krevende jobber. Samtidig synliggjør debatten det generelle poenget med at nyansatte kan være svært forskjellige. Noen har svært lang yrkeserfaring i samme type virksomhet, mens andre skifter yrke, oppgaver og rolle, og noen altså går fra utdanning til yrke. Når nyansattes utgangspunkt er forskjellig, blir læringsutfordringene forskjellig, og innfasing/onboarding må derfor også være forskjellig.

Sjuende læringspunkt: Individualiser innfasingen!

#### DET TAR TID

Det er derfor paradoksalt at innfasingstiltak vanligvis er felles for alle nyansatte, der alle samles i samme rom over noen dager, blir kjent med hver-

andre (men ikke med etablert stab), og at alle tiltak avsluttes i løpet av uker eller et par måneder. Innfasingen avsluttes derfor lenge før nyansatte har nådd tilfredsstillende mestring innen rollen.

Åttende læringspunkt: Innfasingen må gå over tid!

#### FIRE BREDE LÆRINGSOMRÅDER

Nyansattes læringsutfordringer beskrives på ulike måter, men selv synes jeg det er nyttig å tenke i fire læringsutfordringer: 1) rollen, 2) organisasjon og kultur, 3) sosialt, 4) personlig.

Debatten tar utgangspunkt i og drøfter (1) *rollen* som psykolog, og hva slags kompetanse man behøver for å fylle rollen. Hanevik etterlyser opplæring i prosedyrer, utrednings- og behandlingslinjer, kategorisering, og Storeide ønsker for eksempel differensialdiagnostiske vurderinger, suicidrisiko, osv. Særlig Erlandsen peker på (2) *organisatoriske og kulturelle* læringsutfordringer når hun beskriver møtet med new public management (NPM) og hennes oppdrag om å dekke over fristbrudd, mens det (3) *sosiale* læringsområdet ikke er omtalt.

Debatten har imidlertid først og fremst dreid seg om de (4) *personlige* læringsutfordringene, interessant nok et område som i mindre grad er drøftet i litteraturen om innfasing/onboarding – og som Walderhaug synes å oppfatte som irrelevant. Nyansattes skuffelser og frustrasjoner kan avleses i høy tidlig turnover, der det generelle funn er at mesteparten av all turnover er unnagjort i løpet av halvannet/to år. Storeide spør seg om hun «egentlig er egnet som psykolog». Erlandsen skriver om «flammen som nesten sluknet» – og at hun nå (som mange andre) har gått over i privatpraksis, og altså viser turnover. I motsetning til Walderhaug tolker jeg debatten slik at dette læringsområdet faktisk er viktig for nyutdannede psykologer, på lignende måte som for andre nyansatte.

Niende læringspunkt: Nyansatte behøver læring på et bredt område, og den kulturelle og personlige læringen kan være den viktigste!

#### TAKK FOR LÆRDOMMEN!

Når nyansatte og nyutdannede forteller sine (lidelses)historier, er det all mulig grunn til å lytte. Derfor er innspillene fra Storeide, Erlandsen og Hanevik viktige, og jeg håper her å ha vist at vi kan utnytte disse erfaringene konstruktivt for å skape en bedre overgang for alle nyansatte – ikke bare nyutdannede og ikke bare psykologer. ✖

# Nettdebatt om arbeidsvilkår i psykisk helsevern

## Hjertesukk fra nyskremt psykolog

Jeg mener det er behov for en form for opplæringsperiode hvor en kombinerer selvstendig arbeid og hospitering i timer med mer erfarne psykologer. For eksempel når det gjennomføres utredninger med utredningsverktøy som psykologen ikke har erfaring med fra før.

Jeg savner også en form for filtrering av hvilke saker nyutdannede og uerfarne psykologer blir tildelt

I tillegg tenker jeg det er hensiktsmessig med en sammenfatning eller oversikt over prosedyrer som gjelder på det gitte arbeidsstedet. Da sikter jeg til utrednings- og behandlingslinjer, regler for vurdering og kategorisering av frafall samt grunnleggende retningslinjer for journalføring og gjeldende journalsystem. En slik gradvis tilnærming vil forhåpentligvis kunne bidra til økt opplevelse av mestring og oppbygging av erfaring som gjør en bedre rustet for å ta imot mer krevende saker etter hvert.

*Elin Hanevik, nyutdannet psykolog, publisert 30. november på psykologtidsskriftet.no*

## Flammen som nesten sluknet

Ikke ødelegg flammen til nyutdannede psykologer. Og til dere som er helt nye: Det er ikke dere det er noe galt med. Det er systemet.

Det tok ikke lange stunden før jeg innså at new public management også har tatt over mitt kjære arbeidsfelt, som paradoksalt nok omhandler å se mennesker. Jeg har blitt møtt av kompetente kolleger som jeg trivdes med, men som fra mitt perspektiv også ble fanget i et urimelig system. [...]

Jeg skjønner godt at det er spesialistflukt og misnøye for mange som arbeider i DPS. Når jeg ser tilbake på profesjonsstudiet, går jeg i meg selv og spør hva vi holder på med nå. Når ble kvantifisering av menneskehistorier greit for psykologer?

*Andrea Røsberg Erlandsen, privatpraktiserende psykolog, publisert 6. desember på psykologtidsskriftet.no*

## Det fins mer enn lidelseshistorier fra klinikken

Jeg noterer meg rekken av lidelseshistorier som publiseres i Psykologtidsskriftet om dagen og kjenner meg ikke igjen.

- Hvor er stemmene til de av oss som trives? Rekk gjerne opp handa.
- Hvilke forventninger har de lidende til yrkeslivet? Og til seg selv som «hjelper»?
- Hvor har de lidende det fra, at mer tid i seg selv gir bedre resultater?
- Hvor har de det fra, at vi har få ressurser i norsk psykisk helsevern?

*Psykologspesialist Lene Paulsen Walderhaug, publisert 8. desember på psykologtidsskriftet.no*

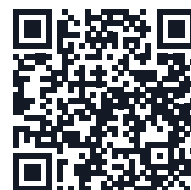
## Det handler om ledelse

Hele mitt psykologliv har jeg vært ansatt ulike steder i spesialisthelsetjenesten. Trivselsnivået har variert. Fra helt passe til svært stor mistrivsel som førte til sykemelding, og til å trives ganske godt.

Men jeg vil understreke at trivselen er svært avhengig av arbeidsplassen og hvordan ledere forvalter ressursene og de politiske føringene. Klart det skal stilles krav til jobben vi skal gjøre. Men jeg har erfart stor variasjon i hvilke av disse kravene som blir prioritert av ledelsen.

*Psykologspesialist Kristin Huang, publisert 12. desember på psykologtidsskriftet.no*

Vil du lese innleggene i fulltekst, gå til våre nettsider:





**ET SPEKTER AV FORSTYRRELSER** Det er bred enighet om å forstå psykiske lidelser som dimensjoner som strekker seg fra normalvarianter av psykiske helseplager til diagnostiserbare lidelser. Foto: Armin Zinke / Wikimedia Commons

## Psykisk syke er ikke syke, de lider



Vi må slutte å omtale mennesker med både lettere og alvorlige psykiske lidelser som syke.

### TEKST

Rune Flaten Bjørk, psykologspesialist og universitetslektor ved UiO

### SYKDOMSBEGREPET

Ingen oppgitte interessekonflikter

**SYKDOMSBEGREPET GJØR DEBATTEN** om psykiske lidelser forvirrende. I media kan vi lese at ungdom *egentlig* ikke har psykiske vansker, og at det *egentlig* er språket vi bruker om psykisk helse, som er problemet (se for eksempel innlegg i Aftenposten; Holte, 2022; Warholm, 2022).

I et velmenende forsøk på å normalisere unge menneskers psykiske helseplager og normale livsutfordringer ofres mennesker med alvorlige diagnostiserbare psykiske lidelser på normaliseringens alter.

De unge omtales som *egentlig* friske. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser, derimot, omtales som syke. Eller *sjuke*, som enkelte fag-

folk sier når de virkelig skal understreke alvorret i situasjonen.

### ET SPEKTER AV FORSTYRRELSER

Det er i dag bred enighet om at det ikke gir mening å forstå psykiske lidelser med utgangspunkt i dikotomien syk eller frisk, men som dimensjoner som strekker seg fra normalvarianter av psykiske helseplager til klinisk diagnostiserbar lidelse med alvorlig funksjonsnedsettelse.

Autismespekterlidelse er et godt eksempel på dette. Autisme er ikke en sykdom, men en nevrouviklingsforstyrrelse. Den siste versjonen av diagnosemanualen DSM-5 introduserte derfor en dimensjonal tilnærming til autisme



som kombinerer fire tidligere diagnosekategorier innen autisme, og plasserer dem på et spektrum av utfordringer med sosial kommunikasjon, rigiditet, repetitiv atferd, interesser og aktiviteter (American Psychiatric Association, 2013). At diagnosen er dimensjonal, er til og med spesifisert i diagnosebetegnelsen autismespekterforstyrrelse (ASF).

### SYK ELLER PSYK?

ASF, ADHD, angst, depresjon, tvang, rusproblemer og spiseforstyrrelser er ikke *kvalitativt* forskjellig fra normal rigiditet, rastløshet, nervøsitet, nedstemthet, overdreven sjekking eller utfordringer med mat og rusmidler, men *kvantitativt* forskjellig. Psykiske lidelser er normale menneskelige fenomener med volumet skrudd på 11.

Psykiske lidelser er derfor ikke sykdom. I alle fall ikke slik folk flest tenker når de snakker om sykdom. Det er ikke et virus som har tatt bolig i kroppen din. Det er ikke korona vi snakker om her.

### MEDFØDT TALENT FOR LIDELSE

Psykiske lidelser skyldes en kombinasjon av genetisk arv og miljøfaktorer, og sårbarhet for lidelse er iboende i oss mennesker fra naturen av (Gilbert, 2009; Plomin, 2018). Seleksjon av gener via evolusjon har imidlertid hatt en rekke «bivirkninger» på helsa vår. Fødselskanalen trekkes ofte frem som et eksempel på dette. Da forfedrene våre reiste seg opp på to ben, var en bivirkning at fødselskanalen snevret seg inn. Det førte til at kvinner dør i barsel uten fødsels hjelp, og kan ikke lenger føde alene. Kvinner omtales imidlertid ikke som syke av den grunn. Den trange fødselskanalen omtales isteden i evolusjonspsykologien som et eksempel på en *evolutionary trade-off* (Gilbert, 2009). En uønsket bivirkning av oppreist gange.

Psykiske lidelser kan også forstås som varianter av adaptasjon og ulike *evolutionary trade-offs* (Gilbert, 2009). Ta for eksempel depresjon. Antagelig har mennesker et medfødt talent for å kjenne sin plass i flokken. En *trade-off* kan imidlertid være depresjon. En overutviklet sensitivitet for følelser av verdiløshet. At man ikke er bra nok for flokken sin.

Angst er i utgangspunktet adaptivt. Redsel er lurt fordi det beskytter oss mot fare. Kraftig irrasjonell frykt, derimot, har imidlertid noen bivirkninger: overdreven unngåelse og ubehag.

### SKAM, STIGMA OG HJELPELØSHET

Gjennom språket har lidelsen i dag fått et psykologisk uttrykk. Menn som tidligere kanaliserte verdiløsheten ut gjennom aggresjon, vold og alkohol, har nå tilgang på andre forklaringsmodeller: Kanskje er jeg *egentlig* deprimert? Kanskje er det *egentlig* angsten som hamrer i brystet mitt?

Psykiatriske diagnoser er nyttige juridiske begrep fordi de utløser rett til helsehjelp, nyttige faglige begrep fordi de hjelper behandlere med å velge rett behandling, og nyttig fordi diagnosen er en knagg å henge lidelsen på. For mange tror jeg imidlertid det oppleves stigmatiserende å omtales som syk.

I tillegg er sykdomsmetaforen problematisk fordi den bidrar til å plassere problemene utenfor individets kontroll. Er du syk, må du gå til legen. Er du psyk, må du snakke med en psykolog.

Dersom psykiske vansker er en naturlig del av livet og det å være menneske, så blir kanskje handlingsrommet større? Kanskje finnes det en kjerne av normalitet i det «*unormale*»?

Mitt forslag er derfor at vi slutter å omtale mennesker med psykiske lidelser som syke. De er ikke syke. De lider av en psykisk lidelse. ✕



Dersom psykiske vansker er en naturlig del av livet og det å være menneske, blir kanskje handlingsrommet større

### REFERANSER

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Fifth edition, ed.). American Psychiatric Publishing.

Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind*. Hachette.

Holte, A. (2022, 24. oktober). Blir ungene våre virkelig sykere og sykere? *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/jl12Rn/blir-ungene-vaare-virkelig-sykere-og-sykere>

Plomin, R. (2018). *Blueprint: how DNA makes us who we are*. The MIT Press.

Warholm, L. M. (2022). Psykologen: Sykeliggjøringen av normale følelser hos barn og unge bidrar til å skape psykisk uhelse. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/foreldreliv/i/l3wP5e/psykologen-sykeliggjoeringen-av-normale-foelelser-hos-barn-og-unge-bidrar-til-aa-skape-psykisk-uhelse>

# Rett metode til de mest krevende pasientene

I møte med ekstra krevende pasienter holder du lenger med en egnet metode. Psykologer som trenger noe slikt når de skal behandle personlighetsforstyrrelse, kan ta kontakt med meg.



**TEKST** Aina Sundt  
Gullhaugen, psykolog-  
spesialist, ph.d.

## PSYKOPATI

*Ingen oppgitte  
interessekonflikter*

**I SPALTEN ETIKKPAELET** i novemberutgaven spør Rebecka Mikkelsen «Når kan jeg som psykolog si «nei – denne pasienten kan jeg ikke lenger ha i behandling?». Hun svarer at forhold ved behandlerens personlighet og kontekst spiller inn, i tillegg til bevissthet om og drøfting av etiske grunnprinsipper (gjøre godt, ikke skade) og hva fagfolk må tåle.

Denne kommentaren er en tilføyelse: Terapeuten holder lenger i krevende samtaler med en egnet metode.

### NÅR BEHANDLER OVERVELDES

Mikkelsen har erfaring fra et fastlegekontor og skisserer en konstruert, men erfaringsfundert pasient med personlighetsforstyrrelse klynge B. Vedkommende klarer ikke å stå i arbeid, har hyppige konflikter og uttalt mistillit til alle og enhver.

Han er imidlertid fornøyd med å ha vært i stand til å true en fastlege til å skrive ut medisiner. Mikkelsen beskriver videre hvordan pasienten, etter at han får tillit til henne, blir for krevende. Og at når han ikke får det slik han vil, blir han dels aggressiv og dels uttrykt lidende.

Mikkelsen har rett i at når behandler vedvarende overveldes, er det vanskelig å hjelpe. Drøfting av den grenseoverskridende atferden i terapitimer, kollegialt fellesskap og veiledning klarte dessverre ikke å bøte på problemet, og behandlingen ble avsluttet. Jeg vil nå skissere hva man kan gjøre i stedet.

### HANDLINGSMULIGHET

Erfaring har lært meg at grenseoverskridende atferd, som invaderingen Mikkelsen opplevde, typisk medfører at en lar seg overkjøre eller set-

ter klare grenser. Eskaleringen som da kan oppstå, og som Mikkelsen beskriver, er også typisk. Å speile pasientens bakenforliggende følelse, «jeg ser du føler interesse», er et godt alternativ (om det gjøres med innlevelse og ordvalg som matcher pasienten) og virker som en brems selv om det formelt sett ikke er det – noe som er hele poenget. Pasientens følelser og behov frustreres ikke, og metoden medfører ikke tap av ansikt.

At disse pasientene er vanskelige, er opplest og vedtatt, og medfører stadig at de utelukkes fra behandling

Om interessen bekreftes (bevissthet om følelser/internalisering), kan en gå videre og tolke underliggende behov, eksempelvis slik: «Så tilknytning er viktig for deg», som eventuelt også bekreftes. Benekning møtes med «jeg forstår du vil forsvare deg når jeg tar opp et vanskelig tema».

Herfra kan samtalen dreies i tre retninger:

- Mot pasientens nåværende interesse basert på tillit til behandler
- Mot pasientens tidligere mistillit fordi han har blitt skuffet mange ganger, eller
- Mot viktigheten av trygg tilhørighet i fremtiden

Slik jobber man med kjernen i pasientens vansker.

Dynamisk Modell av Psykopati portretterer lidelse hos psykopaten og gir et utgangspunkt for behandling.

Som Mikkelsen påpeker, er pasientens innsikt eller selv- og affektbevissthet lav. Det er derfor terapeuten ikke bør spørre, men speile. Å oppleve empatisk speiling av ubevisste/

Følg debatten om  
psykopati på nett.



eksternaliserte følelser og behov innebærer å se seg selv med andres blikk på en måte som man tåler.

**NYTT RAMMEVERK**

Jeg har utviklet et måle- og behandlingsrammeverk (Gullhaugen, 2022) knyttet til Dynamisk Modell av Psykopati (Gullhaugen et al., 2021) som beskriver hvordan man kan møte grenseoverskridende atferd knyttet til modellens tre dimensjoner, inkludert mistilliten, konfliktene og mangelen på bidrag som også skisseres i eksempelet.

Mikkelsen maner avslutningsvis til samtale om hvordan vi som helsepersonell og mennesker påvirkes av krevende pasientrelasjoner. Dette er bra, men for en som har arbeidet lenge med klynge B trykker ikke skoen mest her. At disse pasientene er vanskelige, er opplest og vedtatt, og medfører stadig at de utelukkes fra behandling. Helsepersonell og medpasienter skal ikke tåle alt. Det som er vanskelig for meg, er motviljen og tausheten som, med enkelte unntak, rammer den som prøver å tenke konstruktivt rundt hvordan man kan forstå og hva man kan gjøre med disse vanskene. Så får det være opp til den enkelte terapeut hva man vil jobbe med. Men at man som terapeut holder lenger i krevende samtaler med en egnet metode, er en viktig tilføyelse til Mikkelsens gode innlegg.

Den som trenger noe slikt, kan ta kontakt: [aina.sundt.gullhaugen@stolav.no](mailto:aina.sundt.gullhaugen@stolav.no) ✖

*Dette innlegget ble publisert første gang på psykologtidsskriftet.no 22. november 2022*



Faksimile av novemberutgaven



Det som er vanskelig for meg, er motviljen og tausheten som (...) rammer den som prøver å tenke konstruktivt

**Send innlegg til [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto: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 ansvarlig for titler, ingress og mellomtitler. Alle bidrag kan publiseres på nett. Innlegg kan også bli publisert i andre medier Psykologtidsskriftet inngår avtale med. Send inn i Word-format. Sett referanser i tråd med APA-stilen.

# Inntrykk

Essay og anmeldelser

**ANMELDT:** BOK

## Ujevnt om funksjonsvariasjon og seksuelle overgrep

En ujevn, men viktig bok som på sitt beste bidrar til økt bevissthet om seksuelle overgrep blant barn og unge med funksjonsvariasjon.



**BOK** *Å skape trygghet i en kropp som trenger hjelp*

**FORFATTERE** Ingrid Thunem og Jon-Håkon Schultz

**ÅR** 2022

**FORLAG**

Universitetsforlaget

**SIDER** 160

**BOOKS STYRKE LIGGER** først og fremst i de kapitlene der informantene – som selv er funksjonsvarierte som har vært utsatt for overgrep – formidler erfaringer, behov og konkrete råd til fagfolk. Ikke fordi sjokkerende historier brettes ut i detalj, men tvert imot fordi de beskrives i overordnede og nøytrale ordelag. Mot denne bakgrunnen får svikten i hjelpeapparatet – hos helsepersonell og andre aktører – lov til å tre frem. Det er rystende lesning, hvor vi som psykologer ikke kommer spesielt godt ut av det som gruppe. Endret fungering hos et lite barn blir tolket som «naturlig» fordi «det er bare sånn folk med funksjonsnedsettelse er.» En kvinnes opplevelse av seksuelle overgrep møtes av behandler med utsagn om at «du burde ikke kalle dette for seksuelt overgrep, du har jo tross alt nok med din diagnose», og hjelpepidler blir ikke erstattet fordi saksbehandler vurderer at personen satte seg og rullestolen i en farlig situasjon der overgrepet kunne skje. Systemets manglende evne til å ta inn over seg at individet er mer enn sin funksjonsvariasjon, søke ny kunnskap og utfordre egne fordommer, blir et sentralt og viktig tema.

**FRA AVVIK TIL «ABLEISME»**

Den samlede leseropplevelsen fremstår allikevel som ujevn. Først og fremst skulle jeg

ønske at forfatterne lot presentasjonen av teoriene, begrepene og aktivismen som knytter seg til fenomenet funksjonsvariasjon i dag, ta mer plass. Disse er markert annerledes enn den medisinske og avvikspregede forståelsesrammen de fleste av oss er vokst opp med – og dermed heller ikke reflekterer noe særlig over. Det kan derfor kreve litt innsats å ta dem inn over seg, enten man er fagperson eller ikke, funksjonsvarierte eller såkalt normfungerende. «Ableisme», eller diskriminering og sosiale fordommer mot mennesker med funksjonsvariasjon, er et eksempel på et relativt nytt, men sentralt begrep som kan tilføre psykologer og andre yrkesgrupper nyttig kunnskap om hvordan egne holdninger og fordommer mer eller mindre umerkelig påvirker hvordan man møter funksjonsvarierte mennesker. Begrepet tar også opp i seg hvordan funksjonsvarierte internaliserer samfunnets fordommer mot seg selv. Det har derfor potensial til å fungere som en viktig nøkkel for å oppnå endring og bedring hos funksjonsvarierte klienter i ulike former for behandling. Da er det synd at begrepet bare kort introduseres over en liten side i boken.

På lignende vis synes jeg teksten flere steder preges av at utsagn og påstander gjentas, heller enn av at forfatterne tar seg tid til å drøfte og diskutere bakgrunnen for sine ulike reson-

**ANMELDT AV**

Sissel Garnes



**EKSTRA SÅRBAR** Boken øker bevissthet rundt seksuelle overgrep blant funksjonsvarierte og kan bidra til reell endring av praksis der barn og unge med funksjonsvariasjon ferdes, skriver anmelder. Foto: Harris & Ewing / Library of Congress

nementer. Dette er noe jeg tror kan skape en følelse av utenforskap hos lesere som kanskje skal gjøre seg kjent med bokens underkommuniserte og utfordrende tema for første gang.

#### ET FELT I UTVIKLING

Mot slutten av boken peker forfatterne på at feltet funksjonsvariasjon og seksualitet er i utvikling, og at tilpasset materiell knyttet til avdekking og forebygging av seksuelle overgrep mot funksjonsvarierte i økende grad er tilgjengelig. Dette er imidlertid til liten nytte dersom det ikke tas i bruk av de ulike faggruppene som jobber med barn og unge. QR-koder og nettadresser til ulike ressurser inkluderes direkte i teksten, og gjør det lettere for den enkelte kliniker å oppsøke oppdatert og kvalitetssikret kunnskap, blant annet fra politiet og Redd Barna. Sammen med refleksjonsspørsmålene som avslutter hvert kapittel, legges det konkret til rette for at boken faktisk kan bidra til økt bevissthet rundt seksuelle overgrep og reell endring av praksis på ulike arenaer der barn og unge med funksjonsvariasjon ferdes. Det gir grunn til optimisme, og jeg ser frem til å følge med på hvordan forfatterne velger å videreutvikle materialet sitt. Det er det nemlig god grunn til å gjøre. ✘

”

Det er rystende lesning, hvor vi som psykologer ikke kommer spesielt godt ut av det som gruppe

# Betydelig bidrag med noen mangler

*Autisme og mental helse* utgjør en oppdatert kunnskapsoversikt om autisme og vanlige tilleggslidelser, og er en vellykket bok – trass noen vesentlige mangler.



**BOK** *Autisme og mental helse*

**FORFATTER**

Sissel Berge  
Helverschou (red.)

**ÅR** 2022

**FORLAG** Gyldendal

**SIDER** 338

**ANMELDT AV**

Svein Eikeseth

**AUTISMESPEKTERFORSTYRRELSE** er en livslang, ikke-progressiv nevrobiologisk tilstand som vanligvis oppstår før barnet er tre år gammelt. Frem til 1980-tallet var autisme en lite kjent tilstand, blant annet fordi forekomsten var antatt å være svært lav (4 per 10 000; DeMyer et al., 1981). Majoriteten av de som fikk diagnosen, hadde utviklingshemming som tilleggdiagnose og bodde på institusjoner. Rådende oppfatning var at disse individene ikke hadde andre psykiske vansker. I dag vet man at forekomsten av autisme er mye høyere enn tidligere antatt (ca. 1 %; Zeidan et al., 2022), og at personer med autisme har økt sårbarhet for å utvikle en rekke psykiske tilleggslidelser. Kaat og kolleger (2013) rapporterte at så mange som 86 % av personer med autisme, har én eller flere tilleggsvansker. Med dette bakteppet er det behov for en oppdatert kunnskapsoversikt om autismelidelser og vanlige komorbide tilstander.

## REKKER OVER MYE

Sissel Berge Helverschou har fått med seg mange av de mest fremtredende fagfolkene i Norge på dette området, og har satt sammen

en bok med stor tematisk bredde. Boken innledes med informasjon om diagnose, kjennetegn, forekomst, historikk, årsaker og viktigheten av somatisk utredning, før komorbide tilstander adresseres i kapitler om angst og tvangslidelser, depresjon, psykose, traumer, personlighetsforstyrrelser, kriminalitet og kjønnsinkongruens. Disse etterfølges av fem kapitler om behandling, miljøterapi og psykoedukasjon. Boken avsluttes med to kapitler som omhandler avhengighet og spiseforstyrrelser. Boken favner bredt, men kunne med fordel vært organisert i ulike deler for å gjøre den mer oversiktlig for leseren.

Spesielt interessant er kapittelet skrevet av leder for Autismeforeningen, Annette Drangsholt, som fra et brukerperspektiv beskriver hvordan lite helhetlige tjenester, mangelfull involvering av brukere og pårørende samt manglende fokus på forebygging faktisk kan føre til økning i tilleggsvansker hos personer med autisme.

## PEKER VIDERE

Det faglige nivået på kapitlene er godt, men temaene autisme og ADHD og autisme og

atferdsproblemer er ikke adressert i boken. Dette er en vesentlig mangel, all den tid ADHD og atferdsproblemer er blant de mest prevalente komorbide tilstandene hos personer med autisme (Kaat et al., 2013). Boken kunne også vært enda nyttigere om den hadde vært tydeligere angående hvilke tilpasninger og hensyn klinikere bør gjøre når de skal behandle tilleggslidelser hos personer med autisme. Imidlertid skyldes dette i noen tilfeller at det ikke finnes særlig mye forskning på feltet, eksempelvis for autisme og personlighetsforstyrrelser. Kapitlet om kognitiv atferdsterapi ved angstlidelser er eksempel på et kapittel som tydelig adresserer tilpasninger opp mot autismsgruppen. Dette er viktige områder for videre forskning, som boken bidrar til å belyse. Til tross for noen mangler, er dette en betydningsfull oppsummering av nyere kunnskap om autismspekterforstyrrelser som kan bidra til å heve kompetansen hos fagpersoner som skal møte og hjelpe denne pasientgruppen. ✘



Det faglige nivået på kapitlene er godt, men temaene autisme og ADHD og autisme og atferdsproblemer er ikke adressert i boken

## REFERANSER

- DeMyer, M. K., Hingtgen, J. N. & Jackson, R. K. (1981). Infantile autism reviewed: a decade of research. *Schizophrenia Bulletin*, 7(3), 388–451. <https://doi.org/10.1093/schbul/7.3.388>
- Kaat, A. J., Gadow, K. D. & Lecavalier, L. (2013). Psychiatric symptom impairment in children with autism spectrum disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(6), 959–969. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9739-7>
- Zeidan, J., Fombonne, E., Scolah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A. & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*, 15(5), 778–790. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>

## Vil du anmelde i Psykologtidsskriftet?

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

Redaksjonen bistår med å skaffe anmeldereksemplarer.

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

Kontakt oss for mer informasjon [redaksjonen@psykologtidsskriftet.no](mailto:redaksjonen@psykologtidsskriftet.no)

Skriv for oss/anmeldelser:



## Leder fra ny visepresident

*På landsmøtet i november ble jeg valgt til visepresident med ansvar for lønns- og arbeidslivspolitik i Norsk Psykologforening. Dette er min første tekst som visepresident, og jeg vil benytte anledningen til å takke for tilliten fra medlemmene, og til å skrive noe om hva som blir i fokus i første del av denne perioden.*



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

### TEKST

Hanne Indregard Lind, visepresident med ansvar for lønns- og arbeidslivspolitik

Det er en urolig tid vi lever i akkurat nå, med blant annet økonomisk usikkerhet og usikkerhet knyttet til prioriteringen av felt der psykologer har sitt virke. Dette er noe vi må forholde oss til i kommunikasjon med arbeidsgiver og myndigheter, og når vi jobber videre med strategiene sentralstyret laget i forrige periode for kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. I uforutsigbare tider er det også spesielt viktig å ha en organisasjon som er rigget for gode diskusjoner, samarbeid og demokratiske avgjørelser, og som har evne til å snu seg fort samtidig som man er i takt med medlemmenes interesser. Dette er et kontinuerlig arbeid, og på landsmøtet i november ble det fattet et vedtak om opprettelse av fem sektorutvalg. Dette vil etter mitt syn kunne bidra til at foreningen vår blir ytterligere styrket med henblikk på omstillingsevne og demokratisk forankrede beslutninger.

Arbeidssektorutvalgene skal bestå av medlemmer som jobber i de ulike sektorene, og vil gi foreningen sentralt bedre kontakt med hvor skoen trykker, med tanke på blant annet belastning, arbeidsforhold og kvalitet. Opprettelse av sektorutvalg for medlemmer som jobber i det private, vil også gi mulighet til mer kunnskap om denne sektoren, og bedre kontakt med disse medlemmenes behov og interesser. Det er vedtatt at sektorutvalgene har en plass på organisasjonskartet direkte under sentralstyret, og at utvalgets ledere vil sitte i foreningens lønns- og arbeidslivsutvalg. Dette vil gi gode muligheter for deltakelse og integrasjon i foreningens politiske arbeid. Hvordan sektorutvalgenes medlemmer skal velges, og hvordan de skal arbeide, er imidlertid i støpeskjeen, og det blir

viktig å snarlig finne gode løsninger på dette, slik at utvalgene kommer opp og går. Posisjoner i sektorutvalgene vil bekles av medlemmer fra sektorene, og de skal velges blant sine egne. Deretter skal de selv finne sin arbeidsform og utarbeide forslag til vedtekter og mandat.

Noen sektorer har strukturer som kan spilles på når utvalgene skal settes, mens andre ikke har det. Dette illustrerer at disse nye boksene på organisasjonskartet representerer en reell utviklingsmulighet for medlemsdemokratiet. Jeg håper, og vil jobbe for, at mange kommer til å engasjere seg og være med på dette viktige arbeidet fremover. Selv ser jeg frem til å bidra til at disse utvalgene får gode forutsetninger for sitt arbeid, og slik kan styrke og videreutvikle foreningens fortsatte innsats som fagforening, faglig forening og samfunnsaktør.

### Hanne Indregard Lind

- Nyvalgt visepresident for lønns- og arbeidslivspolitik
- Sentralstyremedlem siden landsmøtet i 2019 og nestleder i Lønns- og arbeidsmarkedsutvalget (LAU) fra 2020
- Konserntillitsvalgt for Akademikerne i Helse Sør-Øst siden 2017
- Tidligere foretakstillitsvalgt på Sunnaas sykehus

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



# Viktige landsmøtevedtak

*Under landsmøtet i november var det hele 21 saker oppe til behandling, og sakene skilte seg både i størrelse og omfang. Med andre ord ble mye fattet og vedtatt i salen. Her er noen av de viktigste vedtakene som delegatene fattet.*

## HOVEDSATSINGSOMRÅDE FOR DE NESTE TRE ÅRENE

Etter sentralstyrets innstilling ble det vedtatt at Psykologforeningens hovedsatsingsområde frem til 2025 er «Helse gjennom arbeid».

Denne formuleringen ble presentert på landsmøtet som en innsnevring av forrige periodes hovedsatsingsområde, med tittelen «Arbeid og utdanning; påvirkningsfaktorer og inkluderingsarenaer».

Med denne modifiseringen vil foreningen fortsette, fokusere og intensivere det arbeidet som er blitt nedlagt gjennom forrige periode. Satsingen på utdanning videreføres i strategien for kommunale tjenester. Landsmøtet var enig, og dermed ble hovedsatsingsområdet vedtatt.

Foreningen ønsker gjennom sin aktivitet, fagpolitikk og påvirkningsarbeid å bidra til å bedre Norges folkehelse. Behandling, rehabilitering, forebygging og helsefremmende arbeid er faktorer som kan bidra til å løse ulike samfunnsproblemer i landet. Gjennom det nye hovedsatsingsområdet ønsker foreningen derfor å konsentrere seg om befolkningens helse knyttet opp mot arbeid og arbeidsliv.

## SPELISISTUTDANNINGEN SKAL EVALUERES

Landsmøtet vedtok også at det opprettes en arbeidsgruppe som vil se på unødige hinder i psykologenes spesialistutdanning. Gruppen skal avklare hva som er de viktigste årsakene til forsinkelser i utdanningen, samt foreslå tiltak for å unngå dem.

I vedtaket konstateres det at Yngre psykologers utvalg skal være representert, samt at fagutvalgene skal involveres i arbeidet.

Arbeidsgruppen skal særlig vurdere samtidighetskravet, praksiskravet med tanke på spesialiserte arbeidsplasser, metodespesifikk

veiledning og om kravene i spesialistutdanningen i tilstrekkelig grad ivaretar likestilling og hindrer diskriminering.

Dersom det skulle oppstå råd om tiltak eller endringer i utdanningen, må det utredes videre. Dette for å sikre kvaliteten i spesialistutdanningen.

Rapporten skal legges frem for Psykologforeningens spesialistråd, som videre anbefaler eventuelle tiltak og endringer til sentralstyret. Arbeidsgruppens rapport kommer senest våren 2024.

## URFOLKSPOLITIKK

Etter forslag fra lokallaget i Finnmark ble det vedtatt at Psykologforeningen skal utarbeide en urfolkspolitikk.

På vegne av lokalavdelingen fremmet delegat Dagmar Patricia Stefan forslag til vedtak. Fra talerstolen sa hun:

– Samiske barn er en sårbar gruppe, og det gjelder også voksne og eldre. Vi kan i dag ikke skrive pasientjournaler på samisk, selv om det er både pasient og behandlers førstespråk.

– Samiske språk er indirekte, for eksempel har man ikke klare «ja» og «nei».

Landsmøtet vedtok: «Selv om fornorskningspolitikken formelt er opphevet i Norge, er samiske språk og kultur fortsatt under press. Psykologforeningen ønsker gjennom dette vedtaket å ta ansvar for samer, samisk kultur, samiske språk og samiske spørsmål, og at samer får den plassen i Norsk Psykologforening som Norges urfolk fortjener.»

– Urfolks perspektiv er en ressurs, det handler først og fremst om verdensanskuelse, verdier, natur, filosofi og fortellertradisjon. Det er på tide at vi står opp for samiske kollektive rettigheter i vår forening. Urfolksrettigheter er kollektive rettigheter, sa Steffan til applaus under landsmøtet.

## ANDRE VEDTAK:

- Det opprettes fem nye sektorutvalg.
- Norsk forening for allmennpsykologi for psykologer i norske kommuner er tatt opp i foreningen.
- Direkte observasjon i veiledning skal nå inngå i spesialistutdanningen. Kravet innarbeides i reglementene til de ulike spesialitetene.
- Fagetisk råd har endret reglement.
- Det er innført to års karenstid mellom å kunne være tillitsvalgt i foreningen og arbeide i sekretariatet, og vice versa.
- Forhandlingsavdelingen endrer navn til Jus- og arbeidslivsavdelingen.
- Lønns- og arbeidsmarkedsutvalget endrer navn til Lønns- og arbeidslivsutvalget.

## Æresmedlemmer etter tiår med innsats

*Til sammen har Tor Levin Hofgaard og Rune Frøyland jobbet for Psykologforeningen i 70 år. På landsmøtet i november ble de to hyllet for sin fremragende innsats for psykologer i Norge med hvert sitt æresmedlemskap.*

Begge var til stede under landsmøtedagene, hvor de ble takket for lang og tro innsats. Med Tors noen-og-20 år og Runes 37 år i fagforeningen er det mye å se tilbake på.

### PSYKOLOGFORENINGEN SOM SAMFUNNSAKTØR

Tor var frem til forrige landsmøte president i Psykologforeningen i 12 år, og før det satt han som sentralstyremedlem og var dessuten initiativtager til Yngre psykologers utvalg (YPU) med verv som studentrepresentant tilbake til 90-tallet.

I sin begrunnelse la sentralstyret vekt på Hofgaards fremragende innsats for Norsk Psykologforening: «Han har nedlagt stort og betydningsfullt arbeid i dedikert engasjement for å utvikle og påvirke samfunnet og tjenestene til det beste for befolkningen, og for å løfte og utvikle foreningen som samfunnsaktør, utdanningsinstitusjon og fagforening.»

– Jeg er fornøyd med arbeidet med å gjøre Psykologforeningen til en samfunnsaktør som blir lyttet til fordi vi har gode løsninger for samfunnet, trakk Tor selv frem da vi snakket med ham på landsmøtet.

Og resultatene etter Tors tid som øverste tillitsvalgt er betydelige – ikke minst lovendringen fra 2020 som skal sikre tilgang på psykolog i norske kommuner for å forebygge psykisk uhelse.

Han har hatt en avgjørende rolle i å løfte psykologenes arbeid for mennesker med psykisk slit og lidelse opp og inn dit hvor viktige beslutninger fattes.

### UTVIKLET PSYKOLOGROLLEN I NORGE

Også Rune Frøyland mottok sitt æresmedlemskap til stående trampeklapp fra salen. Til sammen har Tor og Rune stått på for Psykologforeningen i 70 år.

I 40 år har han vært tillitsvalgt, og han har bidratt med et tilstedeværende engasjement og en trygg tyngde av erfaring inn i Norsk Psykologforening.

Han har vært medlem av forløperen til Lønns- og arbeidsmarkedsutvalget, men også nestleder og senere visepresident i foreningen med ansvar for psykologenes lønnsvilkår fra 1985 frem til fjorårets landsmøte.

Rune har nedlagt langsiktig, strategisk og betydningsfullt arbeid for å skape ordnede og bærekraftige arbeidsbetingelser for psykologer, blant annet i utviklingen av spesialistutdanningen. I tillegg har Rune bidratt til å profesjonalisere og å sette opplærings- og møteplasser for tillitsvalgte i system, og å ta i bruk tariffkonferanser i arbeidet med lønnsforhandlinger og fagutvikling.

Selv er han mest fornøyd med resultatene for spesialisering.

– Arbeidet med psykologspesialiststillingen, sier Rune selv og tenker tilbake.

– På det tidspunktet byttet vi både leder og forhandlingssjef i foreningen. De hadde lite erfaring i dette, så jeg sto ganske alene i å lage den psykologspesialiststillingen. Så det er jeg mest stolt av!

Rune fortsetter som nestleder i Akademi-kerne helse de to neste årene.

FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN



# Nye retningslinjer for veiledet praksis for psykologer på lisens

*Fra 1. november 2022 gjelder nye retningslinjer fra Helsedirektoratet for veiledet praksis for psykologer på lisens. Retningslinjene er nå delt i to – en retningslinje for psykologen som har fått lisens, og en retningslinje gjeldende for arbeidsgiver og veileder. Lisenser gitt før 1. november følger de gamle retningslinjene fra 2018. Psykologforening er av den oppfatning at det bør komme klarere frem av det enkelte lisensvedtak enn det gjør i dag, hva kandidaten gjennom lisensperioden faktisk skal oppnå av kunnskaper/ferdigheter målt opp mot autorisasjonskravet. Dette for å legge bedre til rette for hensikten med lisensperioden.*

Utøvelsen av yrket og bruk av tittelen lisenspsykolog forutsetter arbeid under veiledning i spesialisthelsetjenesten. De nye retningslinjene fremhever at lisensen ikke er å anse som en autorisasjon som gir innehaver rett til å utøve psykologyrket selvstendig. Det er i stor grad en forlengelse av de gamle retningslinjene, men med en del nye avklaringer og oppdateringer:

- Veileder må være psykologspesialist eller ha minst tre års arbeidserfaring som autorisert psykolog. Tidligere var kravet to år.
- Kandidaten skal i løpet av prøveperioden vise kjennskap til nødvendig testverktøy.
- Det er satt krav til at veilederen skal gi tilbakemeldinger om progresjon til kandidaten i jevnlig og kontinuerlig veiledning. I tillegg skal det gjennomføres statusamtaler, minst en time ukentlig. I statusamtalen skal veilederen vurdere kandidatens progresjon, både i psykologrollen og den faglige utviklingen som skal finne sted i lisensperioden. Dersom veilederen er i tvil om kandidatens egnethet, skal dette bringes videre i linjen med arbeidsgiveren, og nødvendige tiltak skal vurderes og eventuelt iverksettes.
  - Psykologforeningen mener at dette er en viktig presisering. I de gamle retningslinjene var ikke dette omtalt, og både veileder og kandidat hadde få faste holddepunkter hvis lisensperioden ikke gikk helt knirkefritt. Det er arbeidsgiver som er ansvarlig for arbeidet som utføres, og det er da naturlig at veileder skal kunne ta opp kandidatens egnethet med arbeidsgiver. På den andre siden skal det ikke komme som lyn fra klar himmel at veileder mener kandidaten står i fare for å ikke bestå lisensperio-

den. Gjennom slike statusamtaler får kandidaten mulighet til å korrigere kurs.

- Dersom kandidaten på tidspunktet når attestskjemaet skal fylles ut, ikke oppfyller de forventninger som stilles til kunnskaper og ferdigheter, finnes det i hovedsak to muligheter:
  - Søknad om **forlengelse** av prøveperioden må inneholde informasjon om hvor lang tid veileder mener gjenstår før kandidaten kan bestå. Det må redegjøres for hva som er gjennomført, og hva som gjenstår. Dersom man har en arbeidskontrakt, bør denne legges ved søknaden.
  - **Avslutning** av lisensperioden kan besluttes hvis veileder mener at en forlengelse ikke vil kunne føre til bestått prøveperiode.
- Det er opplistet hva som i hovedsak kan føre til at lisensperioden ikke vurderes som bestått. Dette er mangelfulle faglige kunnskaper og ferdigheter, eller manglende egnethet for yrket. Hva som ligger i disse to kategoriene, er utfyllende beskrevet i de nye retningslinjene, og vi anbefaler både veiledere og lisenspsykologer å sette seg godt inn i dette.
- Det er presisert at veileder må sørge for at lisenspsykologen får kvalifisert stedfortreder om veileder selv er syk, har ferie eller permisjon. Dette mener Psykologforeningen er arbeidsgivers ansvar. Det kan ikke være slik at veileder har ansvaret for dette. Derfor er vårt råd til veiledere at dette tas opp med arbeidsgiver når man tar på seg oppdrag som veileder.

Merk at de individuelle kravene til innhold og omfang av praksis for hver enkelt kandidat følger av vedtaket lisenspsykologen får.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

**TEKST** Ellen Ekre  
Engh, spesialrådgiver/  
advokat

## NYTT KULL -ETTÅRIG DELTIDS UTDANNING INTEGRAL TERAPEUT

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

Studiet er godkjent med 72 timer som vedlikeholdskurs for psykologspesialister.

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

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

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

Se mer om studiet, instituttet og oss på [www.nordhelle.no](http://www.nordhelle.no) eventuelt kontakt psykolog Grethe Nordhelle, tlf. 928 00 226.

Søknadsfrist **1. april**.

**INTEGRAL PSYKOLOGISK INSTITUTT AS**

## PSYKOLOGTIDSSKRIFTET ANNONSER OG ABONNEMENT

### ABONNEMENT:

Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1495 per år, bedriftsabonnement kr 2650, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 185 + porto/eksp.gebyr.

### ANNONSER:

Kontakt Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33, e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no), se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

**Frist for bestilling av annonser:** 18.01, 15.02, 20.03, 17.04, 15.05, 19.06, 17.07, 18.08, 18.09, 18.10, 17.11



## Grunnutdanning i EMDR

Fysisk oppmøte og digitalt

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen

EMDR Europe Accredited Senior Trainer

Informasjon: [www.emdrutdanning.no](http://www.emdrutdanning.no)

## Vi kan tilby annonseplass i nyhetsbrevet

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

### Annonseformat

Full bredde:

564 x høyde 120 piksler for kr 7 500

1/2 bredde:

264 x høyde 120 piksler for kr 4 500

For mer informasjon om annonsering, kontakt oss på e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller telefon 23 10 31 33

## Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på  
[www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)  
**Min medlemside**

eller send e-post til  
[medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no)



Hold  
av datoene!  
**25.-27.  
april**

# Diabetesforum 2023

**25.-27. april på Clarion Hotel & Congress Airport, Gardermoen**

Konferansen er en unik tverrfaglig møteplass for helsepersonell og forskere som er opptatt av å gjøre hverdagen bedre for mennesker med diabetes.

**Konferansen består av to deler:**

- Forskningsforum presenterer ny diabetesforskning av ledende forskere.
- Fagforum gir deg nyttig og oppdatert informasjon om diabetesbehandling.

[diabetes.no/diabetesforum2023](https://diabetes.no/diabetesforum2023)

## Få med deg:

### Diabetes og psykisk helse, herunder:

- Hvem skal man fokusere på, og hva trenger pasienten støtte til?
- Forvaltning av psykologien i diabetesoppfølgingen.
- Diabetes og kroppsbilde.

*Diabetesforbundet er arrangør i samarbeid med Helsedirektoratet og Norsk forening for allmennmedisin.*



## Psyk meg opp i ledelse!

Norsk psykologforening viderefører tilbudet til psykologer med lederansvar innenfor helseforetakene. Vi inviterer nå til **kull 19** med første samling 15. og 16. mars 2023.

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

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

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

**15. og 16. mars 2023**

**11. og 12. mai 2023**

**23. og 24. august 2023**

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

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

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

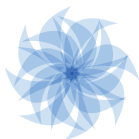
### Spørsmål om kurset kan rettes til:

Tove Mathiesen, tlf. 922 50 986, e-post [tove.mathiesen@ahus.no](mailto:tove.mathiesen@ahus.no)

Einar Li, tlf. 916 37 495, e-post [li.ledelse@gmail.com](mailto:li.ledelse@gmail.com)

**Søknad om deltakelse**, som må være anbefalt av overordnet, **sendes innen 31. januar 2023** til

Tove Mathiesen på e-post [tove.mathiesen@ahus.no](mailto:tove.mathiesen@ahus.no)



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



## Utdanning i psykoanalyse ved Norsk psykoanalytisk institutt

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

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

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

Psykologforeningen har godkjent seminarene for kurssekvensen til spesialiteten i psykoterapi etter ny ordning. Dette forutsetter at fellesprogrammet er fullført før oppstart på seminarene ved instituttet. Godkjenning som spesialist i psykoterapi kan søkes etter 4. semester forutsatt samtidig minst 70 timer metodespesifikk veiledning (av det totale antall veiledningstimer som Psykologforeningen har krav om) og at alle øvrige krav fra Psykologforeningen er oppfylt (jmf. Psykologforeningens målbeskrivelse for spesialiteten). Det er Psykologforeningen som i sin helhet godkjenner spesialiteten i psykoterapi.

Interesserte kan henvende seg til instituttets sekretær for ytterligere informasjon. Se også instituttets hjemmeside, [www.psykoanalyse.no](http://www.psykoanalyse.no). Informasjon om fremtidig økonomisk støtte fra Tilskuddsordningen vil bli oppdatert på hjemmesiden.

**Søknadsfrist:** 1. februar 2023



UNIVERSITETET  
I OSLO



**NSSF**  
Nasjonalt senter for  
selvmordsforskning  
og -forebygging

12. nasjonale konferanse om  
selvmordsforskning og -forebygging

## Hvordan nå alle?

Befolkningsrettet selvmordsforebygging

Hovedforeleser, professor Jane Pirkis, vil på konferansens første dag dele av sine erfaringer med å bruke media som en positiv bidragsyter for selvmordsforebygging.

[www.nasjonal-selvmordsforebyggingskonferanse.no](http://www.nasjonal-selvmordsforebyggingskonferanse.no)

→ 9.–10. mai 2023, Oslo



Foto: Barre Hestland/Nasjonalmuseet

Følg Tidsskrift for  
Norsk psykologforening på

facebook

LIVSKOMPASS

## ACT – takle stress og fremme helse

**Bli kursholder i en evidensbasert metode for å styrke psykisk helse og velbefinnende, Acceptance & Commitment Therapy.**

Vitenskapelige studier viser at kurset blant annet reduserer stress, depressivitet, angst og fremmer mental helse.

Du får en 300 siders manual, fire dagers utdanning, powerpoint-presentasjoner, filmer, samtalekort, ACT-online og andre materialer for å holde et variert og engasjerende kurs.

**Start 6. mars, online**

Mer informasjon: [www.livskompass.se/norge/](http://www.livskompass.se/norge/)

# PSYK KOL OGI

## MATERIELLFRISTER OG PRISER 2023

### SPESIALPLASSERING:

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

### KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 27 per sp.mm.

Fargetillegg kr 12 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 3 105, samme format i farger kr 4 485.

### SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 500.

### NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 900, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 900. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) under «Kurs og konferanser» og [www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen](http://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](http://www.psykologtidsskriftet.no) med link til bedriftens stillingsannonse.

**Bannerannonser** publiseres både på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) og toppbanner på [www.psykologtidsskriftet.no](http://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](http://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
2	18.01	01.02
3	15.02	01.03
4	20.03	03.04
5	17.04	02.05
6	15.05	01.06
7	19.06	03.07
8	17.07	01.08
9	18.08	01.09
10	18.09	02.10
11	18.10	01.11
12	17.11	01.12

### PRISER: STILLINGANNONSER/PROFILANNONSER

Format	4 farger	Sort
1/1 side	18 500	16 900
1/2 side	14 500	12 900
1/4 side	12 500	10 900

Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir også publisert, som en medlemservice, på [www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser](http://www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser)

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

### ANNONSEFORMATER

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

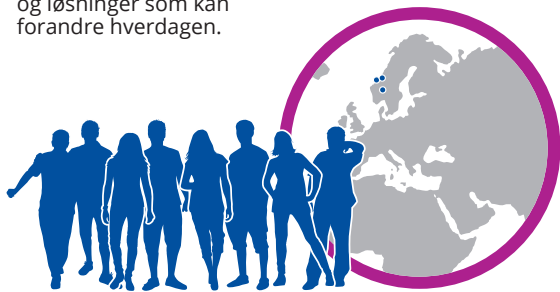
### ABONNEMENT OG LØSSALG

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

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



Ved NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, skapes kunnskap for en bedre verden og løsninger som kan forandre hverdagen.



## ER DU EN AV OSS? NTNU SØKER ENGASJERTE MEDARBEIDERE

Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for psykologi

### Universitetslektor i klinisk voksenpsykologi (psykologspesialist)

100 % fast stilling.

Arbeidssted: Trondheim  
Søknadsfrist: 1. februar 2023



TRONDHEIM – GJØVIK – ÅLESUND

jobbnorge.no

Se [ntnu.no/ledige-stillinger](https://ntnu.no/ledige-stillinger)

## Spennende nyopprettet stilling som kommune- psykolog for Tvedestrand og Gjerstad kommune



Kommunepsykologstillingen er en nyopprettet 100 % fast stilling i Tvedestrand og Gjerstad kommune. Tvedestrand kommune vil være vertskommune og ha personalansvar. Stillingen er under sektor for helse, familie og rehabilitering og nærmeste leder er sektorleder.

Søknadsfrist: **16. januar 2023**

Ansettelsesforhold: 100 % fast stilling

Arbeidsgiver: Tvedestrand kommune

Kontaktinformasjon: Liv Siljan, sektorleder for helse, familie og rehabilitering, tlf. 400 07 612,  
**e-post [liv.siljan@tvedestrand.kommune.no](mailto:liv.siljan@tvedestrand.kommune.no)**

For mer informasjon og søk på stillingen, **[www.tvedestrand.kommune.no](https://www.tvedestrand.kommune.no)** under ledige stillinger og lenke til fullstendig stillingsannonse <https://480000.webcruiter.no/Main2/nb-no/Account/UrlLink?id=00de6488-fb0d-4df5-b78a-c37daa49658e>

PSY  
KOL  
OGI

### SØKER DU JOBB?

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

Send e-post til **[tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)** og meld din interesse.

## 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](http://helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger)**

HELSE  SØR-ØST

## NORSK PSYKOLOGFORENING

### SENTRALSTYRET

#### President

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

#### Visepresidenter

**Hanne Indregard Lind**  
948 05 153  
h\_indregard@hotmail.com

**Arnhild Lauveng**  
913 17 162  
arnhild@psykologforeningen.no

#### Medlemmer

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

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

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

**Bjarte Bønes Bruntveit**  
909 98 052  
bjartebruntveit@yahoo.no

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

**Lars Ravn Øhlckers**  
908 81 250  
larsravnohlckers@gmail.com

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

#### Varmedlemmer

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

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

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

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

### LOKALAVDELINGER

**Akershus**  
**Maria Nylund**  
maria\_nylund@hotmail.com  
997 98 973

**Aust-Agder**  
**Lars Petter Lopez-Røed**  
larpro82@gmail.com  
408 72 505

**Buskerud**  
**Henriette Alsaker**  
henriette.alsaker@gmail.com  
997 22 725

**Finnmark**  
**Dagmar Patricia Steffan**  
dagmar.patricia.steffan@finnmarkspsykehuset.no  
971 95 996

**Hedmark**  
**Lene Engen Kleppe**  
leneeng@hotmail.com  
924 53 116

**Hordaland**  
**Runa Kongsvik**  
runa.kongsvik@gmail.com  
938 63 918

**Møre og Romsdal**  
**Ragnhild Ese**  
ragnhild.es@gmail.com  
920 11 528

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

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

**Oppland**  
**Iver Sørli Røhr**  
iversr@gmail.com  
916 35 382

**Oslo**  
**Birgit Aanderaa**  
biraan@ous-hf.no  
917 12 983

**Rogaland**  
**Marie Tonette Solhaug Hansen**  
marietsh@yahoo.no  
977 34 812

**Sogn og Fjordane**  
**Solbjørg Torheim Hanitz**  
solbjorg\_89@hotmail.com  
902 95 676

**Sør-Trøndelag**  
**Kjersti Sandnes**  
sandneskjersti@gmail.com  
916 72 756

**Telemark**  
**Birgitte Lindø**  
libi@siv.no  
473 83 123

**Troms**  
**Anne Sofie Bentzen**  
annesofie.bentzen@hotmail.com  
404 61 116

**Vest-Agder**  
**Ann Birgithe S. Eikhom**  
abseikhom@gmail.com  
971 29 052

**Vestfold**  
**Anne-Kristin Imenes**  
anne.kristin.imenes@gmail.com  
907 55 410

**Østfold**

### FAGETISK RÅD

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

### ANKEUTVALG FOR FAGETISKE KLAGESAKER

**Mariann Stadler**, leder,  
e-post mariannstadler@gmail.com, tlf. 918 03 110

### LØNNS- OG ARBEIDSMARKEDSUTVALGET

**Hanne Indregard Lind**, leder/KTV Helse Sør-øst  
tlf. 948 05 153

**Martin Øien Jensen**, KTV Helse Nord, tlf. 909 96 159

**Bjarte Bønes Bruntveit**, Spekter- helse, tlf. 909 98 052

**Birgit Aanderaa**, Spekter- helse, tlf. 917 12 983

**Kristin Haugholt**, KS, tlf. 951 72 032

**Bjørn Arne Øvrebø**, Stat, tlf. 982 49 732

**Henrik Riekeles Vik**, Privatpraksis, tlf. 408 45 848

**Ingrid Grov Mannsverk**, Oslo kommune, tlf. 959 90 503

**Christina Holmen**, Virke, tlf. 414 68 428

**Helén Ingrid Adreassen**, YPU, tlf. 402 89 796

**Noah L. Skullestad**, SPU, tlf. 452 78 102

### FORHANDLINGSUTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

**Hanne Indregard Lind**, leder, e-post h.indregard@hotmail.com  
tlf. 948 05 153

### SPECIALITETSRADET

**Arnhild Lauveng**, leder,  
e-post arnhild@psykologforeningen.no  
tlf. 913 17 162

### **KVALITETSUTVALGET**

**Arnild Lauvang**, leder,  
e-post [arnhild@psykologforeningen.no](mailto:arnhild@psykologforeningen.no)  
tlf. 913 17 162

---

### **FAGUTVALGENE**

**Felleselementene**  
**Geir Skauli**, leder, e-post  
[geir.skauli@skien.kommune.no](mailto:geir.skauli@skien.kommune.no),  
tlf. 907 90 513

### **Barne- og ungdomspsykologi**

**Lars Ravn Øhlckers**, leder,  
e-post [larsravnohlckers@gmail.com](mailto:larsravnohlckers@gmail.com), tlf. 908 81 250

### **Familiepsykologi**

**Trine Eikrem**, leder, e-post  
[trine.eikrem@bufetat.no](mailto:trine.eikrem@bufetat.no),  
tlf. 466 16 566

### **Rus- og avhengighetspsykologi**

**Eva Karin Løvaas**, leder,  
e-post [evakarinfoevaas@gmail.com](mailto:evakarinfoevaas@gmail.com), tlf. 916 64 076

### **Eldrepsykologi**

**Jørgen Wagle**, leder,  
e-post [jorgen.wagle@aldringoghelse.no](mailto:jorgen.wagle@aldringoghelse.no),  
tlf. 950 74 358

### **Psykoterapi**

**Ingunn Aanderaa Opsahl**, leder, e-post  
[ingunnaanderaa@hotmail.com](mailto:ingunnaanderaa@hotmail.com), tlf. 971 50 507

### **Voksenpsykologi**

**Ivar Elvik**, leder,  
e-post [ivarelvik@gmail.com](mailto:ivarelvik@gmail.com),  
tlf. 454 74 400

### **Nevropsykologi**

**Rune Raudeberg**, leder,  
e-post [rune.raudeberg@gmail.com](mailto:rune.raudeberg@gmail.com), tlf. 952 47 487

### **Habiliteringspsykologi**

**Tonje Elgsås**, e-post  
[tonjeped@gmail.com](mailto:tonjeped@gmail.com),  
tlf. 922 33 224

### **Arbeidspsykologi**

**Anette Høy Dye**, leder,  
e-post [anette.hoy.dye@moment.consulting.no](mailto:anette.hoy.dye@moment.consulting.no),  
tlf. 928 24 338

### **Samfunn- og allmennpsykologi**

**Kjersti Hildonen**, leder,  
e-post [khi@lorenskog.kommune.no](mailto:khi@lorenskog.kommune.no), tlf. 907 85 288

### **Organisasjonspsykologi**

**Rudi Myrvang**, leder, e-post  
[rudi.myrvang@gmail.com](mailto:rudi.myrvang@gmail.com),  
tlf. 906 03 355

### **Klinisk helsepsykologi**

**Borrik Schjødt**, leder,  
e-post [borrik.schjodt@helse-bergen.no](mailto:borrik.schjodt@helse-bergen.no), tlf. 990 27 309

---

### **GODKJENNINGS-UTVALGET**

**Ole André Solbakken**,  
leder, e-post [o.a.solbakken@psykologi.uio.no](mailto:o.a.solbakken@psykologi.uio.no)  
tlf. 913 75 496

---

### **ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER**

**Kim Larsen**, leder, e-post  
[kim.larsen@so-hf.no](mailto:kim.larsen@so-hf.no),  
tlf. 69 32 62 24

---

### **FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET**

**Annika Melinder**, leder,  
e-post [a.m.d.melinder@psykologi.uio.no](mailto:a.m.d.melinder@psykologi.uio.no),  
tlf. 930 80 618

---

### **STUDENTPOLITISK UTVALG**

**Julie Solheim Bjerkvik**,  
leder, e-post [juliebjerkvik@gmail.com](mailto:juliebjerkvik@gmail.com), tlf. 938 93 002

### **KLIMAUTVALGET**

**Bjørn Z. Ekelund**, leder,  
e-post [bze@human-factors.no](mailto:bze@human-factors.no),  
tlf. 908 75 547

---

### **FORSKNINGSPOLITISK UTVALG**

**Roger Hagen**, leder, e-post  
[roger.hagen@svt.ntnu.no](mailto:roger.hagen@svt.ntnu.no),  
tlf. 481 09 789

---

### **MENNESKERETTIG-HETSUTVALGET**

**Reidar Hjermann**, leder,  
e-post [rh@hjermann.no](mailto:rh@hjermann.no),  
tlf. 994 47 291

---

### **TESTPOLITISK UTVALG**

**Tanya Ryder**, leder, e-post  
[tanya.ryder@hotmail.com](mailto:tanya.ryder@hotmail.com),  
tlf. 918 41 109

---

### **YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG**

**Rikke Pauline Sandvik**,  
leder, e-post [ypu@psykologforeningen.no](mailto:ypu@psykologforeningen.no)

---

### **VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING**

**Arne Holen**, leder,  
e-post [arnenpf@nevropsykologholen.no](mailto:arnenpf@nevropsykologholen.no),  
tlf. 922 30 383

---

### **SEKRETARIATET**

Tlf. 23 10 31 30  
**Ole Tunold**, generalsekretær  
**Kristina Høyer**,  
kommunikasjonssjef,  
e-post [kristina@psykologforeningen.no](mailto:kristina@psykologforeningen.no)

### **Administrasjonsavdeling**

**Linda T. Grønås**,  
administrasjonssjef,  
e-post [linda@psykologforeningen.no](mailto:linda@psykologforeningen.no)  
**Toril Dyrhovd**,  
nestleder, e-post [toril@psykologforeningen.no](mailto:toril@psykologforeningen.no)

### **Forhandlingsavdeling**

**Christian Zimmermann**,  
forhandlingssjef  
**Joakim Solhaug**, nestleder  
Kontakt  
[forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no](mailto:forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no)

### **Fagpolitisk avdeling**

**Kim Edgar Karlsen**,  
fagsjef, e-post [kim@psykologforeningen.no](mailto:kim@psykologforeningen.no)  
**Lars Jørgen Berglund**,  
nestleder og spesialrådgiver  
e-post [lars@psykologforeningen.no](mailto:lars@psykologforeningen.no)

### **Utdanningsavdeling**

**Bjørnhild Stokvik**,  
utdanningssjef,  
e-post [bjornhild@psykologforeningen.no](mailto:bjornhild@psykologforeningen.no)  
**Eva Danielsen**,  
nestleder, e-post [eva@psykologforeningen.no](mailto:eva@psykologforeningen.no)  
Kontakt [kurs@psykologforeningen.no](mailto:kurs@psykologforeningen.no)

---

### **NORSK PSYKOLOGFORENING**

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo  
Besøksadresse: Kirkegata 2  
Tlf. 23 10 31 30  
E-post [post@psykologforeningen.no](mailto:post@psykologforeningen.no)  
Hjemmeside  
[www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)

For mer informasjon, se  
[www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)

