

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



PSY KOL OGI

Vol.58 nr.02 2021

Ny spalte:
Etikkpanelet

**FAMILIEBASERT
TERAPI VED
ALVORLIG SPISE-
FORSTYRRELSE**

Evidensbasert praksis

**Standardisert
og frustrert**

Meninger

**Klimafølelser
- Fornektelse eller
engasjement**

Inntrykk

PSY KOL OGI

Vol. 58 nr. 02 2021

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams,

katharine@psykologtidsskriftet.no, tlf. 934 82 003

Redaksjonssjef og nettredektør Per Olav Solberg,

perolav@psykologtidsskriftet.no, tlf. 950 88 575

Desksjef Ida Holth, ida.holth@psykologtidsskriftet.no, tlf. 930 23 429

Journalister Per Halvorsen, per@psykologtidsskriftet.no, tlf. 918 67 706,

Øystein Helmikstøl, oystein@psykologtidsskriftet.no, tlf. 464 66 978

Redaksjonssekretær Nora Skjerdingsstad, nora@psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no

Markedskordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,

e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Åshild Skogerbø, Stavanger universitetssykehus

Astrid Weber, Psykisk helse- og rusklinikken, Tromsø

Denne utgaven ble godkjent til trykk 22.01.2021

Omslagsillustrasjon 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,

Tekstreklameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell

fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening



Velkommen inn

Omfavnelsen på omslaget illustrerer flere sider ved denne utgaven av Psykologtidsskriftet. Først og fremst er den inspirert av artikkelen «Intensiv familiebehandling for familier med barn og ungdom med alvorlige spiseforstyrrelser» av Vigdis Wie Torsteinsson og kolleger på side 109. Her blir blant annet metode for og viktigheten av å få foreldrene til å bli en ressurs i arbeidet poengtert.

Men for meg er denne omfavnelsen også et bilde på hvordan jeg ønsker at Psykologtidsskriftet skal oppleves av sine forfattere og lesere. Psykologtidsskriftet er i stor grad resultatet av bidrag fra psykologer som deler sine erfaringer og kunnskaper. Noen ganger krever nok dette mot, kanskje særlig fra psykologer som er i en tidlig fase av sin karriere, eller som ikke har formidlet seg skriftlig til fagmiljøet tidligere. Psykologtidsskriftet går ut til alle medlemmer av Norsk psykologforening og skal være en naturlig base for deling psykologer imellom. Betydningen av faglig utveksling mellom kollegaer kan ikke overdrives, og det gjelder dobbelt for nye stemmer og perspektiver.

I leserundersøkelsen vi gjennomførte i høst, var det mange som etterlyste en etikkspalte. Som følge av dette finner du på side 124 vår nye spalte *Etikkpanelet*, som innledes av leder for Fagetisk råd i Norsk psykologforening Maria Løvvik Norheim. Vi håper at lesere som står i faglige og etiske dilemma, vil dele dette med oss, og at spalten kan utvikle seg til å bli en verdifull base for refleksjon og diskusjon.

Deling kan imidlertid skje på flere måter. Fra tid til annen blir redaksjonen kontaktet av psykologer som har arbeidet med et prosjekt, en rapport eller andre former for fagutvikling som de ønsker å gjøre kjent i fagmiljøene. Dette er i utgangspunktet interessant, men spørsmålet for redaksjonen blir da hvordan vi redaksjonelt kan bearbeide slikt fagstoff. I denne utgaven har vi valgt å publisere en anmeldelse av *Regional retningslinje for utredning av barn og unge ved spørsmål om utviklingshemming* på side 146. Retningslinjer er i utgangspunktet ikke det man tyr til for faglig inspirasjon, men det er kanskje synd? Reaksjoner fra leserne vil fortelle oss om dette er en formidlingsform som vi skal utvikle videre. ✕



Katharine Cecilia Williams

Sjefredaktør
katharine@psykologtidsskriftet.no



Betydningen av faglig utveksling mellom kollegaer kan ikke overdrives

88/92



ILLUSTRASJON: BJØRN RUNE LIE

ET SPØRSMÅL OM KVALITET

Opphavsrett, oversettelse, normering, reliabilitet og validitet... Mange av våre mest brukte tester har kvalitetsmangler, viser en ny rapport.

Rapport

Helsedirektoratet samler nå fagdirektørene i helseforetakene for å drøfte hvordan kvalitetssikringen av psykologiske tester kan bli bedre.

Aktuelt

108

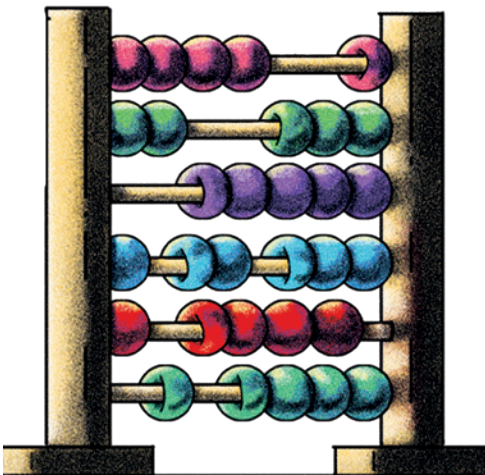


ILLUSTRASJON: BENTE JØRGENSEN

HJELP I FAMILIEN

Når et barn lider av en alvorlig spiseforstyrrelse, kan det være lurt å ta hele familien i behandling.

Evidensbasert praksis



EPISTEMISK MISTILLIT

Før pasienten var psykologen en som førte regnskap med hennes feil og mangler. Da ble det vanskelig å lære noe i den terapeutiske relasjonen.

Fra praksis

Innhold

- 81 **Velkommen inn**
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 84 **- Se bak symptomet**
NÅ: Line Indrevoll Stånicke | Per Olav Solberg
- 86 **Ber helseministeren ta testansvar**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 88 **Helseforetakene gjennomgår testfeltet**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 89 **Få klager om tester**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 92 **Testkvalitetsprosjektet - del 2: Tester med behov for kvalitetstiltak**
Rapport | Tanya Ryder
- 106 **God koronadisiplin kan ha straffet seg**
Forskningsintervju: Miriam Sinkerud Johnsen | Per Olav Solberg
- 108 **Intensiv familiebehandling for familier med barn og ungdom med alvorlige spiseforstyrrelser**
Evidensbasert praksis | Vigdis Wie Torsteinsson et al.
- 118 **Epistemisk mistillit**
Fra praksis | Kristin Alve Glad
- 124 **Er barnefaglig sakkynndige psykologer dårligst i den fagetiske skoleklassen?**
Etikkpanelet | Maria Løvvik Norheim
- 127 **MENINGER**
Hovedinnlegg: En sakte invasjon | Akiah Ottesen (s. 128)
Debatt: Prinsipperklæringen (s. 132), ME (s. 134), Gruppeterapi (s. 136), Skammens funksjon (s. 138) og Forsterkningsbegrepet (s. 140)
- 141 **INNTRYKK**
Essay: Klimafrykt, flyskam og fraværet av skyld | Sigmund Elgarøy (s. 142)
Anmeldelser: Psykologtung retningslinje (s. 146), Subjektivt om alderdom (s. 148)
- 150 **Minneord: Ian Dahl (1956–2020)**
- 151 **Annonser**
- 155 **Stillingsannonser**



AUTONOMI Line I. Stänicke er opptatt av at vi må forstå hva selvskading er knyttet til i ungdommens hverdag og indre liv. – Sett fra ungdommen selv kan selvskadingen også være et identitets- og autonomiprojekt, sier hun.

- Se bak symptomet

Forandringsfabrikken lanserte nylig en rapport der ungdom selv forteller om hvorfor de selvskader, og hvordan de helst vil bli møtt. – Her er det mye å lære for oss behandlere, sier psykologspesialist og førsteamanuensis Line I. Stänicke.

TEKST Per Olav Solberg **FOTO** Nora Skjerdingsstad

– Hva vil du som kliniker og forsker si at selvskading er et uttrykk for?

– Selvskading handler om å komme vekk fra overveldende psykisk smerte for å oppnå kontroll og lettelse. Men det er også et forsøk på å uttrykke og dele det vanskelige i ens liv uten ord. Selvskade er forbundet med flere psykiske lidelser og økt risiko for selvmord, derfor er det viktig at behandlere er oppmerksomme på atferden. Men de som behandler, må sammen med barnet eller ungdommen utforske hva

selvskadingen er knyttet til i deres liv, og ikke kun fokusere på symptomet og symptomreduksjon.

– I rapporten defineres handlinger som for eksempel overtrening og å utsette seg for farlige situasjoner som selvskading i tillegg til direkte skade på egen kropp. Er det slik fagfeltet ser det?

– Fagfeltet snakker om direkte og indirekte selvskading. Direkte selvskading handler om å gjøre direkte skade på egen kropp, der kutting er det vanligste. Jenter mellom 12 og 15 skader seg direkte fem ganger oftere enn gutter i samme aldersgruppe. Det er også en av årsakene til at selvskading i så stor grad knyttes til jenter. Men tar man med indirekte selvskading, som

ofte handler om risikoatferd, er statistikken helt motsatt: Fem ganger flere gutter utsetter seg for indirekte selvsykning sammenlignet med jenter.

– Dette er interessant. Da berører vi jo forskjellen mellom det som defineres som noe sykelig, og det som er mer normal ungdomsattferd, altså at ungdomstiden i stor grad handler om å utforske grenser, å være i opposisjon, å distansere seg fra voksenverdenen. Hvor plasserer du selvsykning i dette landskapet?

– Det er derfor jeg mener at vi må ha et nyanisert syn på selvsykning. Det er et svært komplekst fenomen, særlig når vi også tar med indirekte selvsykning. All ungdom må finne måter å regulere følelser på, og de søker kanaler for å utforske og uttrykke seg selv og for å finne en identitet. De bruker tilgjengelige kulturelle fora, grupper og uttrykk for å vise og finne ut av hvem de er. Utforskning av selvsykade og å dele bilder av selvsykning kan være en måte å forholde seg til egen sårbarhet og det vanskelige i seg selv på. Det er viktig å forstå selvsykade som uttrykk for psykiske vansker, men også som uttrykk for utviklingspsykologiske tema i ungdomstiden, som selvidentitet og autonomi, som jo ungdom til alle tider har holdt på med. Da jeg vokste opp, visste få hva selvsykning var, mens i dag er videoer med selvsykning bare et tastetrykk unna.

– Det er altså et slags kontinuum her, fra et identitetsprosjekt der selvsykning kan utgjøre en liten del, til alvorlig selvsykning som symptom på alvorlig psykisk lidelse. Hva er det de sykeste trenger fra psykisk helsefeltet?

– Her synes jeg rapporten fra Forandringsfabrikken er god. Ungdommene er både tydelige og nyaniserte på hva de ønsker fra hjelpeapparatet. Det som går igjen, er at vi må se bak symptomet og ikke bare jobbe med regulering av atferden. De ønsker å bli sett og forstått og ønsker å få en følelse av at behandlerne virkelig bryr seg. Dette samsvarer mye med det jeg fant ut i min egen doktoravhandling om unge som selvsykade.

– Behandlingsapparatet får nærmest en foreldrerolle?

– Ja, det er en måte å se det på, og det er heller ikke så rart. Mange av ungdommene som selvsykade, kommer jo nettopp fra hjem der det er utfordringer knyttet til omsorg, og det kan også være snakk om omfattende omsorgssvikt. I terapi forsøker vi å hjelpe dem med å finne andre regu-

Hvorfor NÅ?

- I januar lanserte Forandringsfabrikken rapporten *Vi vil dere skal forstå. 142 barn og unge om selvsykning*.
- I rapporten forteller ungdom og unge mellom 15 og 20 år om hvorfor de selvsykade, og hvordan de ønsker å bli møtt av skole, helsesykepleiere, BUP og legevakt, for å nevne noen.
- Line I. Stänicke er psykologspesialist ved Nic Waals Institutt og førsteamanuensis ved UiO. Hun har lang klinisk erfaring med unge som selvsykade, og skrev også sin doktoravhandling om temaet.

leringsstrategier og andre måter å uttrykke seg på enn selvsykning. Da jeg forsket på dette og intervjuet ungdom, kom det fram at mange er redde for å være til bry og vil derfor beskytte sine nærmeste. De vender derfor smerten mot seg selv. Jeg er også svært opptatt av at behandlingstiltak må tilpasses den enkelte ungdommen – hva som er nyttig for én, er ikke nødvendigvis nyttig for en annen. Det holder altså ikke med én manual som har ett perspektiv og noen behandlingstiltak.

– Fungerer pakkeforløpene i psykisk helsefeltet for denne pasientgruppen?

– Selvsykning er et symptom på noe annet, ikke en diagnose i seg selv, og det finnes ikke noe pakkeforløp for selvsykning. Det som finnes, er et utredningsforløp der pasienten innen maks seks uker skal få vite hva som er den anbefalte behandlingen for den psykiske lidelsen som ligger bak symptomet. Jeg tenker at denne diagnostiske utredningen er svært viktig for å skreddersy behandlingen best mulig. Personlighetsvansker, emosjonell ustabilitet og relasjonelle vansker er gjengangere for ungdom som selvsykade. Behandler må legge til rette for at pasienten kan finne sin egen vei ut av selvsykningen. Noen trenger å utvikle mer selvomsorg, mens andre kan ha nytte av å øve på konkrete alternative mestingsstrategier. For andre igjen kan det å få omsorg og bli trygg nok til å be om støtte og hjelp være det de trenger å jobbe med.

– Flere studier, både i Norge og utlandet, viser økt forekomst av direkte selvsykning. Hva tror du det er med tidsånden som gjør at dette er en selvreguleringsform som flere og flere jenter bruker?

– I kvalitative studier av ungdommers opplevelse av selvsykade uttrykker mange svært sterke følelser, både sinne, skam og frustrasjon. I stedet for å uttrykke disse følelsene der ute i verden, skader de seg selv. Det er som om det ikke er lov å være i det kraftfulle, i frustrasjonen. Man kan lure på om det er noe i kulturen vår som er litt trangt og rigid, og som gir lite plass til det vanskelige, vonde og stygge. I tillegg viser sosiale medier og popkultur oss mange eksempler på det perfekte og vellykkede. Selvsykning blir en voldsom kontrast til denne glansbilde-virkeligheten som mange ikke føler seg hjemme i. Derfor er ikke selvsykning i seg selv ensidig negativt, selv om det kan vise en forstrøket selvstendighet og på lang sikt en destruktiv måte å regulere seg på. ✘

Ber helseministeren ta testansvar

Manglende kvalitetssikring av psykologiske tester bekymrer opposisjonen på Stortinget. Nå tas saken opp med helseminister Bent Høie.

TEKST Per Halvorsen

- **VI VIL** ta opp saken med helseministeren i form av et skriftlig spørsmål. Statsråden må ta ansvar for å rydde opp. Det er viktig for pasientene at tester som brukes, er anerkjente og kvalitetssikret, skriver nestleder i helse- og omsorgskomiteen Kjersti Toppe (SP) i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Det var i januarutgaven *Tidsskrift for Norsk psykologforening* publiserte resultatene av en undersøkelse om psykologers testbruk. Undersøkelsen avdekket at det er uavklart hvem som

har overordnet ansvar for å kvalitetssikre psykologiske tester som er i bruk i norsk helsevesen.

PASIENTENE RAMES

Svakheter ved psykologiske tester øker risikoen for feildiagnostisering og kan få alvorlige konsekvenser for pasienter som blir rammet. Undersøkelsen, som ble gjennomført som et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet (FHI) og Norsk psykologforening, viste blant annet at helsevesenet:

- mangler oversikt over psykologiske testverktøy
- bruker tester som ikke er tilstrekkelig kvalitetssikret
- ikke følger internasjonale standarder og retningslinjer for testing
- benytter uautoriserte oversettelser av internasjonale tester

Toppe mener det er viktig å få funnene fram i lyset.

- Jeg trodde at testene som blir brukt, selvsagt var standardiserte og kvalitetssikrede, kommenterer hun.

NASJONALT ANSVAR

Toppe mener det er uholdbart å diskutere om ansvaret for kvalitetssikring skal ligge hos helseforetakene, psykologene eller Helsedirektoratet.



KJERSTI TOPPE:

- Jeg trodde at testene som blir brukt, selvsagt var standardiserte og kvalitetssikrede.



UOVERSIKTLIG I januarutgaven satte Psykologtidsskriftet søkelyset på bruk og kvalitetssikring av psykologiske tester. Vi fant et uoversiktlig testfelt der det er uklart hvem som har ansvar for kvalitetssikringen av testene.

– Dette er et overordnet nasjonalt ansvar. Helseforetakene kunne gått sammen om å utarbeide kvalitetssikring av psykologitester. Da må helseministeren be Helsedirektoratet om å initiere og ta ansvar for et slikt arbeid, i et samarbeid med helseforetakene og med profesjonen – psykologene selv, skriver hun.

Også helsepolitisk talsperson for SV Nicholas Wilkinson mener mangelen på kvalitetssikring av psykologiske tester er bekymringsfull. Han vil ha Helse- og omsorgsdepartementet på banen for å sikre at tester måler det de skal.

– Det er Helse- og omsorgsdepartementet som har ansvar for å legge til rette for å oppdatere tester og sikre at de følger internasjonale retningslinjer. Helseministeren har politisk ansvar for at dette blir gjort, sier han til *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.

Når Norge nå skal gå over til den nye diagnosemanualen ICD-11, mener Wilkinson helsemyndighetene har mulighet til også å sikre bedre systemer for å kvalitetssikre utredning og diagnostisering.

– Innføringen av ny diagnosemanual er en god anledning til å rydde opp på dette feltet. Det er også viktig å styrke Helsebiblioteket slik at det er lettere å holde seg oppdatert på ny kunnskap og siste forskning, sier han.

VIL SIKRE KVALITETSSIKRING

Helsepolitisk talsperson for Arbeiderpartiet Ingvild Kjerkol mener det er helt nødvendig å få avklart hvem som har overordnet ansvar for kvalitetssikring av psykologiske tester som benyttes i helsevesenet.

Hun sier at Arbeiderpartiet vil øke helsebudsjettene for å kunne innlemme de nyeste og beste behandlingsmetodene i den norske helsetjenesten.

– Å kvalitetssikre psykologiske tester er en del av dette bildet og et av de områdene vi vil se på for å øke kvaliteten i helsetjenestene, kommenterer hun i en e-post.

Ni av ti psykologer bruker psykologiske tester, mange daglig, for å utrede og diagnostisere personer som kan ha psykiske helseproblemer. ✘

Les mer om kvalitetssikring av tester på de neste sidene.

URO – Urovekkende, lyder Anne Grethe Erlandsens karakteristikk av tilstanden på testfeltet. Foto: Nora Skjerdingsstad.



Helseforetakene gjennomgår testfeltet

Helsedirektoratet samler nå fagdirektørene i de regionale helseforetakene for å drøfte hvordan kvalitetssikringen av psykologiske tester kan bli bedre.

TEKST Per Halvorsen

INITIATIVET KOMMER ETTER en kartlegging av psykologers testbruk. Kartleggingen ble omtalt i januarutgaven av *Psykologtidsskriftet* og avdekket at det er uklart hvem som har overordnet ansvar for å kvalitetssikre psykologiske tester som er i bruk i norsk helsevesen.

Statssekretær Anne Grethe Erlandsen (H) i Helse- og omsorgsdepartementet mener resultatene av kartleggingen viser at tilstanden på testfeltet er urovekkende.

– Kartleggingen viser at det er behov for økt oppmerksomhet om testing. Behandlingen som gis, skal være forsvarlig og kunnskapsbasert. Det er et tydelig krav i lov og regelverk, skriver hun i en e-post til *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.

FAGLIG SPØRSMÅL

Erlandsen understreker at valg og anbefalinger knyttet til testing først og fremst er et faglig spørsmål. Hun skriver at Helsedirektoratet er kjent med utfordringene knyttet til bruk

av ulike test- og kartleggingsverktøy. Departementet er orientert om at direktoratet vil invitere fagdirektørene i de regionale helseforetakene til et samarbeidsmøte for å drøfte det videre arbeidet med bedre kvalitetssikring av tester.

– Dette samarbeidet er svært viktig for å gi tjenestene et best mulig grunnlag for å bruke gode og kvalitetssikrede verktøy for testing, skriver statssekretæren.

Hun mener det er viktig at privatpraktiserende spesialister og psykologer i kommunene bruker de samme verktøyene.

LEDERANSVAR

– *Hva vil regjeringen gjøre for at helsevesenet skal kunne teste pasienter med kvalitetssikrede psykologiske tester?*

– Jeg mener forskriften regjeringen har innført om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, er et viktig verktøy. I forskriften stilles det krav til planlegging av virksomheten, dokumentasjon, evaluering og forbedring av praksis. Faglig ledelse og kvalitetssikring av tjenestene innebærer et ansvar for at ledere følger opp behandlere og forsikrer seg om at undersøkelse og behandling bygger på gode faglige prinsipper og er i tråd med regelverket. Det omfatter også et ansvar for å sørge for at tester som brukes, er dokumentert og anerkjent av virksomheten, skriver Erlandsen i e-posten. ✕

Få klager om tester

Nesten ingen klager om tester havner i Psykologforeningens fagetiske råd eller hos Helsetilsynet.

- **HVIS FOLK** hadde visst hvor dårlig kvalitets-sikret psykologiske tester er, så hadde det vært mange flere klagesaker om dette, både til Fagetisk råd i Norsk psykologforening og også til Helsetilsynet.

Det sa Mikael Julius Sømhovd til Psykologtidsskriftet i januarutgaven.

Sømhovd er spesialrådgiver og sekretær for Testpolitisk utvalg i Norsk psykologforening.

Psykologtidsskriftet har spurt leder Maria Løvvik Norheim i Fagetisk råd (FER) og leder Rune Raudeberg i Ankeutvalget (AFEK) i Psykologforeningen om antallet på klagesaker som gjelder psykologers bruk av tester.

Norheim kan ikke komme på at det i hennes tid i rådet har vært klager som er basert *kun* på bruk av tester, men heller at det er en mer generell uenighet om grunnlaget for psykologens konklusjoner, der tester kan være en del av dette grunnlaget. Det kan gjelde både i saker der psykologen har opptrådt som sakkyndig, og for andre typer roller, opplyser hun.

I 2019 mottok Fagetisk råd rundt 70 klagesaker og andre henvendelser, ifølge Norheim. De åpnet 42 klagesaker for behandling i 2019, av disse var 35 saker der psykologen hadde sakkyndig rolle, og 29 av disse igjen hadde utgangspunkt i foreldretvist. »

TEKST

Øystein Helmikstøl



KLAGER UKJENT Leder Maria Løvvik Norheim i Fagetisk råd i Psykologforeningen kjenner ikke til at det i hennes tid i rådet har vært klager som er basert *kun* på bruk av tester. Foto: Stian Sørheim Espevoll

Kaotisk testfelt

- I Norge øker antallet psykologiske tester, spørreskjemaer, sjekklister, intervjuer og kartleggingsverktøy som brukes i utredninger innenfor helse, utdanning og yrkesliv, ifølge en ny rapport av psykologspesialist Tanya Ryder.
- Norsk psykologforening (NPF) har lenge vært bekymret for testfeltet, ifølge undersøkelsen.
- Testfeltet er preget av manglende oversikt over verktøy, og manglende etterlevelse av internasjonale standarder og retningslinjer for testing, viser undersøkelser de siste årene.
- Det er behov for økt bevissthet om internasjonale testretningslinjer, skriver Ryder.
- Testpolitisk utvalg (TPU) i Psykologforeningen fikk i 2013 oversatt International Test Commissions (ITC) internasjonale retningslinjer for bruk av tester. En oppdatert versjon ble nylig godkjent av sentralstyret i foreningen.
- TPU mener alle som befatter seg med tester, må kjenne de internasjonale retningslinjene.



SJELDEN KLAGER Leder Rune Raudeberg i Psykologforeningens ankeutvalg behandler få saker knyttet til bruk av psykologers tester. Foto: Arkiv

– Vi kjenner ikke grunnen til at det klages forholdsvis lite på psykologers testbruk

*Rune Raudeberg,
leder i Psykologforeningens ankeutvalg*

FÅ ANKESAKER

Rune Raudeberg opplyser at det er få ankesaker som omhandler klager knyttet til bruk av psykologers tester.

– Vi har ikke registre som er detaljerte nok til å hente ut konkret hvor ofte (eller sjelden) slike klager forekommer. Selv om det er sjelden, hender det fra tid til annen. Ankepunktet da er oftest knyttet til at klager ikke er enig i resultatet eller konklusjonen som følger av testen(e). Det er gjerne resultater av personlighetstester som klagere kan oppleve som krenkende, og at beskrivelsene er ensidige og for negative. De peker som regel på at de ikke fikk nok informasjon om testene på forhånd, og at de ikke ville gått med på å ta testen(e) om de hadde visst at resultatet kom til å bli så negativt eller ubehagelig for dem.

HYPOTESER

Klagene berører ifølge Raudeberg flere viktige fagetiske prinsipper, som rett til informasjon, frivillighet og samtykke; om krav til kompetanse og om korrekt anvendelse av psykologiske metoder.

– *Hva mener du er årsaken til at tester i så liten grad er nevnt i forbindelse med klagesaker?*

– Vi kjenner ikke grunnen til at det klages forholdsvis lite på psykologers testbruk. Vi har noen hypoteser, der den viktigste er at det i liten grad brukes psykologiske tester i barnefordelingssaker. Anker knyttet til barnefordelingssaker utgjør størsteparten av ankene, og i 2020 omhandlet alle anker psykologers arbeid som sakkyndig i barnefordelingssaker, svarer Raudeberg.

En annen hypotese Raudeberg nevner, er at resultatene fra tester kan være vanskeligere å klage på fordi resultatet kan være fremstilt som en objektiv og vitenskapelig godt begrunnet måling.

– Ved å bruke tester har man på et vis flyttet seg fra å mene noe om noe til å ha målt det og gjerne tallfestet det. Det er litt som å regne ut kroppsmasseindeks i stedet for å se på personen og vurdere om personen har passende vekt. Det første er et faktum, det andre kan diskuteres.

Raudeberg kommer også med en tredje hypotese:

– Psykologer bruker tester på en måte som ikke gir grunnlag for klager. De informerer for eksempel på forhånd om hva som er hensikten med testen(e), hva som kan bli resultatet og konsekvenser av det, i tillegg til informasjon om mulige feilkilder og om hvor sikkert resultatet kan sies å være.

KLAGET ALDRI

Merete Henriksen er rådgiver i Fosterhjemtjenesten ved Barne-, ungdoms- og familieetaten i Stavanger. Hennes datter fikk diagnosen lett psykisk utviklingshemning som 13-åring, basert på testfeil. Til tross for at hun senere har fått fastslått at diagnosen var feil, fikk hun ikke slettet den før etter at blant andre daværende fylkesmann Magnhild Meltveit Kleppa i Rogaland engasjerte seg i saken.

Merete Henriksen har i ettertid av saken om hennes datters feildiagnose engasjert seg på flere områder i psykisk helsevern, og hun har også sett flere tilfeller av feil knyttet til testbruk. Hun sier til Psykologtidsskriftet at det er på høy tid å få bedre kvalitetskontroll på feltet.

Henriksen klaget aldri til Fagetisk råd i Psykologforeningen.

– Jeg er av dem som kjenner systemet godt, men jeg visste ikke om at det gikk an å klage på psykologene til Psykologforeningen selv. Vi klagde til Fylkesmannen, det som nå kalles Statsforvalteren.

HELSETILSYNET

Psykologtidsskriftet har spurt Helsetilsynet om det finnes saker der psykologiske tester er tema.

– Slike saker er svært sjeldne hos oss. Dette kan skyldes at de ikke er såpass alvorlige at fylkesmannen, som behandler sakene i førsteinstans, finner det nødvendig å oversende dem til Helsetilsynet, svarer seniorrådgiver Pål Molin. Tilsynet opplyser at det ikke er veldig mange tilsynssaker mot psykologer generelt. I 2019 var det seks som fikk reaksjoner.

Faglig rådgiver Tore Willy Lie i Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) påpeker at når statsforvalteren gjør tilsyn (som kan være initiert av Statens helsetilsyn), så bruker de blant annet de nasjonale faglige retningslinjene fra Helsedirektoratet som grunnlag for tilsynet.

De nasjonale faglige retningslinjene er ifølge Lie ett av flere typer normerende produkter fra Helsedirektoratet, det vil si ulike faglige publikasjoner med råd og anbefalinger på områder med behov for nasjonal normering, eller der det er ønskelig å gi nasjonale råd og praktiske eksempler relatert til pasienter og befolkning. Retningslinjene har dermed en tydelig juridisk relevans i forbindelse med å vurdere faglig for-svarlighet.

– Statsforvalteren har ikke som oppgave, etter det jeg kjenner til, å vurdere om anbefalte kartleggingsverktøy i retningslinjene fra Helsedirektoratet er lov å bruke eller ikke, ei heller har de som oppgave å vurdere om verktøyene er faglig utdatert eller ikke. De normerende produktene tas helt enkelt for gitt av Helsetilsynet, slik jeg oppfatter det, sier Lie.

Den personen eller det foretaket som har utviklet et verktøy eller har fått overdratt rettighetene til det, er rettighetshaver. Rettighetshaver bestemmer over distribusjonen, inkludert oversettelser.

– De enhetene som bruker kartleggingsverktøy som ikke har distribusjonsrett, men som er anbefalt i en retningslinje, vil da ikke få avvik i forbindelse med tilsyn. Dermed fremstår enhetens praksis på dette helt «etter boka», noe tilsynsmyndighetene indirekte da også bekrefter ved å ikke påpeke noe. Da kan konsekvensen være at enheten enten fortsetter å tro at det de gjør, er i orden hvis ingen lokalt oppdager at noe ikke stemmer, eller at de ikke bryr seg om at det er ulovlig, så lenge ikke engang tilsynsmyndighetene reagerer på det, sier Lie.

Seniorrådgiver Pål Molin i Helsetilsynet opplyser at han ikke ønsker å kommentere påstanden fra Tore Willy Lie. ✘



Les også i januarnummeret:

Rapport:

Ryder, T. (2021). Testkvalitetsprosjektet – del 1: Norske psykologers testholdninger og testbruk

Aktuelle journalistiske saker:

Testfelt uten styring
– Psykologforeningen sovnet på post
Testråd til NAV

TANYA MARIE RYDER, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Sykehuset i Vestfold
Postboks 2168, 3103 Tønsberg, Norge
KONTAKT tanya.ryder@siv.no

Testkvalitetsprosjektet – del 2:

Tester med behov for kvalitetstiltak

OPPSUMMERING

Mange psykologiske tester som blir brukt i Norge, har sin opprinnelse i andre land. Til tross for at det er publisert internasjonale testretningslinjer for oversettelse og kulturell tilpasning av tester, har undersøkelser i løpet av det siste tiåret vist ulike kvalitetsproblemer med slike tester. Målet med denne undersøkelsen var å kartlegge den nåværende situasjonen på testfeltet og å identifisere spesifikke tester som både er hyppig i bruk og som har kvalitetsproblemer, for å kunne gi anbefalinger for fremtidige forbedringsinitiativer. Våren 2018 svarte 1400 norske psykologer (svarprosent på 29 %) på en undersøkelse om bruksfrekvens fra en liste med over 350 tester. Kvalitetsdata ble samlet inn om disse testene fra kilder som var tilgjengelige for de fleste psykologer, som testmanualer, nettsidene til testleverandører, nasjonale testdatabaser og fagartikler. En gjennomgang av de førti mest brukte testene avdekket problemer som inkluderer brudd på opphavsrett, mangel på informasjon om testoversettelse, utilstrekkelig tilpasning av utenlandske tester, mangel på norske normer og mangel på psykometriske data. De ti testene som anses å ha de mest alvorlige kvalitetsproblemene i denne gruppen blir presentert her, sammen med spesifikke anbefalinger for forbedringer. Resultatene av denne undersøkelsen viser at det over lang tid har vært problemer på Norges testfelt. Det er et stort behov for lett tilgjengelig testkvalitetsinformasjon samt ressurser for å prioritere forbedring av psykologiske testmetoder, særlig innen norsk normutvikling, og for å belyse reliabilitet og validitet av testene som brukes i Norge.

Testkvalitetsprosjektet viser at mange hyppig brukte tester i Norge, har kvalitetsmangler knyttet til overholdelse av opphavsrett, oversettelsesmetodikk, norske normeringsdata, reliabilitet og validitet.

Norsk psykologforening (NPF) har lenge vært bekymret for tester og testbruk i Norge, basert på tidligere undersøkelser som har funnet store kvalitetsmangler (Selvik, 2007; Vaskinn et al., 2010; Vaskinn et al., 2012; Kornør et al., 2015). Høsten 2017 inngikk NPF et samarbeid med Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet (FHI) for å gjennomføre en oppfølgende kartlegging av norske psykologers holdninger til testkvalitet og av deres testbruk. Hensikten var å få en oppdatert oversikt over utfordringene i testfeltet og å identifisere hvilke tester som var mye brukt og samtidig hadde problemer knyttet til opphavsrett, oversettelse, norske normdata, reliabilitet eller validitet, for å kunne vurdere mulige korrigerende tiltak. I testkvalitetsprosjektets del 1 (Ryder, 2021) presenteres resultatene relatert til psykolo-

MERKNAD Forfatteren har avgitt signert interessekonflikterklæring og oppgir ingen interessekonflikter. Innhold i artiklene er utarbeidet av forfatteren uten påvirkning fra de økonomiske bidragsyterne. Denne rapporten er ikke fagfellevurdert.

gers holdninger til testkvalitet, hvor hyppig ulike tester anvendes samt informasjon om utfordringer knyttet til ulike kvalitetstiltak fra helsemyndighetenes side. I denne artikkelen presenteres de 10 testene som vurderes å ha forholdsvis størst kvalitetsproblemer blant de 40 mest brukte testene i Norge.

BAKGRUNN

International Test Commission (ITC) publiserte i 1996 for første gang retningslinjer med spesifiserte krav til testkvalitet, blant annet protokoll for oversettelser og språklig og kulturell tilpasning av tester (v. 2.4; ITC, 2017). Testutviklere skal i henhold til ITCs retningslinjer dokumentere adekvat tilpasning av tester med hensyn til språk og kultur, og de skal videre dokumentere statistiske analyser som i en tilfredsstillende grad understøtter den tilpassete versjonens psykometriske egenskaper. Det er viktig å være klar over at originalversjonens normer og dokumentasjon på reliabilitet og validitet ikke automatisk kan overføres til tilpassete versjoner (ITC, 2017, s. 15). Videre beskriver retningslinjene at oversettelse bør gjennomføres av minst to oversettere som har ekspertise på begge gjeldende språk og kulturer, på innholdet i testen og når det gjelder generelle prinsipper i testing. For visse tester vil det være påkrevd å engasjere en lingvist for å tilstrekkelig ivareta ulike språklige og kulturelle aspekter av oversettelsen. Det er verdt å merke seg at de fleste psykologiske tester som brukes i Norge, er opprinnelig utviklet i engelskspråklige land. Mange av disse har ikke blitt tilpasset norske forhold i samsvar med ITCs retningslinjer, noe som ytterligere svekker testkvaliteten og dermed påliteligheten av resultatene.

I tillegg til standarder for testkvalitet har ITC også retningslinjer for testbruk (v. 1.2; ITC, 2001) som ble vedtatt i 2000 som gjeldende for norske psykologer. Her heter det at testbrukere skal «velge teknisk godt utformede tester som passer til situasjonen» og «unngå bruk av tester som har inadekvat eller uklart støtte i teknisk dokumentasjon» (ITC, 2001, s. 13). Videre har testbrukere ansvar for å respektere åndsverkloven (opphavsrett). For at norske psykologer skal kunne utøve forsvarlig testpraksis, er de avhengige av lett tilgjengelig kvalitetsinformasjon om tester brukt i Norge. Denne undersøkelsen vil kartlegge informasjonsgrunnlaget som norske testbrukere har tilgang til for å gjøre slike kvalitetsvurderinger.

METODE

Testundersøkelsen

Som en del av testkvalitetsprosjektet ble det samlet inn data om hvilke tester som brukes, fra en liste med over 350 tester av alle typer. Psykologene ble bedt om å indikere hvor ofte de brukte hver test: flere ganger i uken, flere ganger i måneden, flere ganger i kvartalet, sjeldnere enn hvert kvartal og sjeldnere enn hvert år. For mer detaljert informasjon om bakgrunnen for prosjektet, metodene for utarbeidelse av undersøkelsen og resultatene knyttet til psykologers testholdninger og testbruk, se Ryder (2021).

Informanter

Vi sendte undersøkelsen elektronisk til 4915 medlemmer av NPF i februar 2018. Studenter, pensjonister og psykologer som nylig hadde mottatt en annen undersøkelse fra NPF, ble ekskludert. Vi analyserte 1406 svar, noe som ga en svarprosent på 29.



Det er vesentlige kvalitetsmangler med tester som brukes hyppig i Norge

Tabell 1. De 40 mest brukte testene

Test	Antall psykologer som bruker testen minst flere ganger i kvartalet (N = 1406)
1. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	299
2. Beck Anxiety Inventory (BAI)	223
3. Mini Internasjonalt Nevropsykiatrisk Intervju plus (M.I.N.I plus)	207
4. Wechsler Adult Intelligence Scale-Fourth Edition (WAIS-IV)	198
5. Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R)	197
6. Adult ADHD Self-Report Scale-v1.1 (ASRS-v1.1)	195
7. Mini Internasjonalt Nevropsykiatrisk Intervju (M.I.N.I.).	192
8. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)	159
9. Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF; parent and teacher version; 5-18 år)	147
10. Achenbach System of Empirically Based Assessment – Child Behavior Checklist (ASEBA – CBCL)	144
11. Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)	144
12. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)	142
13. Achenbach System of Empirically Based Assessment – Teacher Report Form (ASEBA – TRF)	138
14. Conners Continuous Performance Test 3 (Conners CPT 3)	134
15. Kartlegging av traumeerfaringer-Barn/Foreldre (KATE-B/F)	130
16. Wechsler Intelligence Scale for Children-Fourth Edition (WISC-IV)	119
17. Achenbach System of Empirically Based Assessment – Youth Self-Report (ASEBA – YSR)	118
18. Wechsler Intelligence Scale for Children-Fifth Edition (WISC-V)	117
19. Diagnostisk intervju for utredning av ADHD hos voksne (DIVA 2.0)	117
20. Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self-Report Version (BRIEF-SR; 11-18 år)	111
21. Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)	110
22. Achenbach System of Empirically Based Assessment – Caregiver-Teacher Report Form (ASEBA – C-TRF)	105
23. Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS)	101
24. Behavior Rating Inventory of Executive Function-Adult Version (BRIEF-A; 18–90 år)	99
25. Child and Adolescent Trauma Screen (CATS)	97
26. ADHD Rating Scale-IV: Hjemmeversjon (ADHD-RS-IV: Hjemme)	95
27. ADHD Rating Scale-IV: Skoleversjon (ADHD-RS-IV: Skole)	91
28. Rey Complex Figure Test and Recognition Trial (RCFT)	88
29. California Verbal Learning Test-II (CVLT-II)	83
30. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (6–18 years): Present and Lifetime Version (Kiddie-SADS-PL)	78
31. Wisconsin Card Sorting Test (WCST)	70
32. Behavior Rating Inventory of Executive Function-Preschool Version (BRIEF-P; 2–5:11 år)	69
33. Vineland Adaptive Behavior Scales-Second Edition (Vineland-II)	68
34. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Fourth Edition (WPPSI-IV)	64
35. Norsk revidert Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR3)	61
36. Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)	61
37. Wechsler Memory Scale-III (WMS-III)	58
38. Impact of Event Scale-Revised (IES-R)	58
39. FAS Test (COWAT; verbal flyt)	57
40. Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ)	56

Analysen

Analysen skulle resultere i en liste over de 10 testene som bør prioriteres for nærmere undersøkelse eller forbedring basert på bruksfrekvens og en vurdering av hvor alvorlige kvalitetsmanglene er. Bruksfrekvens ble målt ved å summere antall responser for tester som ble brukt minst «flere ganger i kvartalet», og alle tester ble rangert deretter. Analysen begynte med den mest brukte testen og ble deretter gjennomført sekvensielt nedover listen etter bruksfrekvens. Innenfor prosjektets ramme ble de første 40 testene (se Tabell 1) gjennomgått for å finne de 10 testene som ble vurdert til å ha forholdsvis størst kvalitetsproblemer.

Den relative alvorlighetsgraden av testers kvalitetsmangler ble vurdert opp mot andre tester i listen. Det er mange faktorer som inngår i en kvalitetsvurdering av en test, og hvilke som gjelder, vil avhenge av formålet med testen og formatet på den. Av den grunn er det vanskelig å gradere kvalitetssvakheter ved en test, da det er flere faktorer som kan virke sammen. Tester uten lovlig bruksrett ble imidlertid vurdert som ikke aktuelle å fortsette å anvende i Norge. Mangel på norske normer ble vurdert som et alvorlig kvalitetsproblem, da det vil være utfordrende å tolke resultatenes grad av avvik fra målpopulasjonen uten disse. Psykometrisk informasjon om reliabilitet og validitet ble vurdert som det nest viktigste aspektet å undersøke, forutsatt at norske normer foreligger, for å kunne vurdere om testen klarer å belyse de egenskapene man er interessert i å måle i den populasjonen, og at testen klarer å gjøre det på en konsekvent måte. Det er viktig å merke seg at reliabilitet og validitet vil være avhengig av den intenderte målgruppens normer. Manglende informasjon om hvordan tester ble oversatt, ble vurdert som det minst alvorlige kvalitetsproblemet i forhold til de andre, selv om dette klart kan ha betydning for validiteten av testresultatene.

Testinformasjon angående opphavsrett, oversettelse, norske normer, reliabilitet og validitet ble forsøkt innhentet fra kilder som vanlige testbrukere har tilgang til, som testmanualer, internettsidene til testleverandører og fagdatabaser som PsykTestBarn, FHI og Helsebiblioteket. I tillegg ble det søkt i artikkeldatabaser som PsycINFO, PubMed og Google Scholar ved bruk av søkeord relatert til testenes normer, reliabilitet og validitet samt over-

settelsesprosesser. Noe informasjon fra norske studier ble vurdert som irrelevant, som studier med et lavt antall deltagere eller med lite generaliserbare kliniske populasjoner, og disse ble derfor ikke inkludert i analysen eller i testenes omtale under.

RESULTATER

Bakgrunnsvariabler

Av de rundt 51 % av respondentene som oppga demografisk informasjon, var 72 % kvinner og 54 % spesialister. Nesten alle respondenter oppga arbeidssted og fagfelt. De fleste jobbet i spesialisthelsetjenesten (62 %), derav 48 % i psykisk helsevern (29 % med voksne og 19 % med barn og unge).

10 tester med alvorlige kvalitetsproblemer og anbefalte tiltak

Listen under representerer 10 tester med vesentlige kvalitetsmangler som bør prioriteres for kvalitetstiltak. Det er viktig å merke seg at det finnes flere enkle kvalitetsmangler ved andre tester blant de 40 mest brukte testene. Det at en test ikke er omtalt i denne listen, betyr ikke at alle kvalitetsmål er innfridd. Prioritering av testene for kvalitetstiltak er basert på forfatterens helhetsvurdering av testfrekvens, egenskapene ved kvalitetsmanglene og praktisk betydning av manglene for testbruk. Rekkefølgen av testene her er etter bruksfrekvens.

1. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) og M.I.N.I. plus (Sheehan et al., 1998). M.I.N.I., og den utvidede utgaven M.I.N.I. plus, er strukturerte kliniske intervjuer som brukes i forbindelse med kartlegging av psykiatriske symptomer hos voksne. Intervjuene er basert på det amerikanske psykiatriske diagnostesystemet Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) / Fifth Edition (DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 2000, 2013) med tilnærmede koder fra Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer – 10. revisjon (ICD-10) (Verdens helseorganisasjon, 2020) som også brukes i USA. I intervjuets informasjon til norske brukere av M.I.N.I. versjon 6.0.0. påpekes det at grunnet enkelte forskjeller i diagnostiske kriterier mellom de to diagnostiske systemene, er kjennskap til ICD-10 diagnosekriterier påkrevet.

M.I.N.I. ble globalt oppdatert i 2016 for å samsvare med DSM-5, og det var Standard M.I.N.I. »

versjon 7.0.2 som var den siste godkjente norske oversettelsen ved undersøkelsestidspunkt (M.S. Edieux ved Mapi Research Trust, personlig kommunikasjon, 11. juli 2018). Bruken av M.I.N.I. krever en lisensavtale fra rettighetsinnehaveren Sheehan, og det er ikke tillatt å distribuere M.I.N.I. (Mapi Research Trust, 2021; Harm Research Institute, 2021; D.V. Sheehan, personlig kommunikasjon, 10. desember 2020). Januar 2021 fant man publisert for åpen bruk på Helsebiblioteket.no utdaterte norske versjoner av M.I.N.I. basert på det foreldete diagnose-systemet DSM-IV-TR: M.I.N.I. versjon 6.0.0 fra 2009 og M.I.N.I. plus 5.0.0 fra 2005; samt M.I.N.I screen 5.0.0 fra 2001 basert på DSM-IV (APA, 1994; Helsebiblioteket, 2021). Det er ikke beskrevet i testprotokollene hvordan M.I.N.I. 6.0.0 og M.I.N.I. plus 5.0.0 ble oversatt til norsk. Sheehan anbefaler ikke bruk av foreldete M.I.N.I.-utgaver, da de ikke er i tråd med den nyeste godkjente versjonen, som har gjennomgått store endringer (D.V. Sheehan, personlig kommunikasjon, 10. desember 2020).

Litteratursøket førte ikke frem til studier om reliabilitet eller validitet av den norske Standard M.I.N.I. 7.0.2. Basert på informasjon fra testens utvikler om at foreldete versjoner ikke skal brukes, samt Kunnskapssenterets tidligere vurdering av at disse versjonene manglet validitetsdata (Kunnskapssenteret, 2011a og 2011b i Egeland et al., 2015), bør Standard MINI 7.0.2 erstatte M.I.N.I. 6.0.0 i praksis. Videre bør M.I.N.I. tilleggsmoduler for DSM-V, som har mer detaljerte diagnostiske spørsmål for ulike lidelser, samt barne- og ungdomsversjonene (M.I.N.I. Kid-versjoner), gjøres tilgjengelig på norsk med tillatelse fra Sheehan. Til slutt bør reliabiliteten og validiteten av den gjeldende M.I.N.I. 7.0.2 undersøkes i en norsk populasjon, og det samme vil gjelde for M.I.N.I. tilleggsmoduler og M.I.N.I. Kid-versjoner i fremtiden.

2. Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist version 1.1 (ASRS) og ASRS screener (Kessler et al., 2005). Instrumentet ASRS omfatter et klinisk intervju for voksne med 18 symptomer av hyperkinetisk forstyrrelse basert på DSM-diagnosesystemet. ASRS screener er et kort selv-rapport skjema for voksne som inneholder de 6 symptomene som best predikerer hyperkinetisk forstyrrelse, og som vil kunne gi grunnlag for videre utredning. Både intervjuet og screeninginstrumentet ble oversatt med Verdens helseorganisasjons stan-

dard oversettelses- og tilbakeoversettelsesprotokoll, som er i samsvar med anbefalt praksis. Skjemaene kan brukes fritt så lenge det vises til WHO's rettigheter på skjemaene. En systematisk undersøkelse av ASRS ble publisert i Psyk-TestBarn (Kornør et al., 2011c). Man fant støtte for begrepsvaliditet, men ikke dokumentasjon for informasjon om reliabilitet. Det ble heller ikke funnet norske normdata, kun gjennomsnittsskårer for en norsk ikke-offisiell versjon av ASRS (Halleland et al., 2009 i Kornør et al., 2011c). Kornør og kollegaer konkluderte at det ikke fantes tilstrekkelig informasjon om reliabilitet og validitet, og at det måtte derfor utøves varsomhet ved bruk i klinisk praksis. I 2020 fant heller ikke vi norske normdata eller informasjon om testens reliabilitet eller validitet. Selv i Nasjonal faglig retningslinje for ADHD skrev Helsedirektoratet (2016) at en høy skår på ASRS kan forekomme ved ulike psykiske og somatiske tilstander, og de understreker viktigheten av å foreta en grundig og helhetlig vurdering. Testutvikleren har også poengtert at ASRS screeningsinstrument trenger valideringskartlegging for målpopulasjonen (Kessler, i.d.). Da det mangler norske normer og informasjon om tekniske testegenskaper, samt etter faglige anbefalinger fra Kessler (i.d.) og Kornør et al. (2011c), bør man utarbeide norske normer for ASRS. Således bør fremtidige studier av reliabilitet og validitet av ASRS med et norsk normgrunnlag prioriteres.

3. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II; First et al., 1997). SCID-II er et klinisk intervju brukt i forbindelse med kartlegging av symptomer av personlighetsforstyrrelser hos voksne, basert på det utdaterte DSM-IV diagnosesystemet. American Psychiatric Association eier oversettesrettighetene til SCID-II (M.B. First, personlig kommunikasjon, 14. januar, 2021), og ved undersøkelsestidspunktet fantes det ingen autorisert norsk utgave (P. Telikicherla ved American Psychiatric Association Publishing, personlig kommunikasjon, 07. desember 2020). APA er tydelig på at SCID-II verken skal brukes eller distribueres i Norge. Situasjonen med utstrakt bruk av ikke-autorisert SCID-II har vært kjent siden Selviks testundersøkelse i 2006, og budskapet ble gjentatt senere på web-siden til NPF (Egeland et al., 2015). Likevel var norske SCID-II-protokoller, i strid med åndsverkloven, gjort tilgjengelig mange steder på

internett, inkludert på Helsebiblioteket.no, og dens bruk er anbefalt i nasjonale veiledere (Helsedirektoratet, 2012, 2013). Gyldendal Akademisk har nå blitt rettighetshaver for SCID i Norge. De utga i 2019 den første autoriserte norske versjonen av SCID: SCID-5-PD (SCID-5-PF på norsk) (First et al., 2019), som bygger på DSM-5. Mens det ikke er beskrevet hvilke metoder som ble brukt til å oversette SCID-II til norsk, er SCID-5-PD oversatt etter anbefalte metoder i overensstemmelse med ITCs retningslinjer. Når det gjelder psyometri, skrev APA i sin manual og på nettsiden i 2020 at det ikke forelå data om reliabilitet eller validitet for SCID-5-PD (American Psychiatric Association, 2020). Manualen for SCID-5-PF refererer kun til utenlandske studier av SCID-II som viste store forskjeller i reliabilitets- og validitetsverdier i ulike undersøkelser og for ulike diagnostiske kategorier. Siden enhver bruk av SCID-II utgjør brudd på opphavsrett, skal denne erstattes med SCID-5-PF (P. Telikicherla ved American Psychiatric Association Publishing, personlig kommunikasjon, 07. desember 2020). Fordi det mangler opplysninger om verktøyets psykometriske egenskaper, bør det gjennomføres reliabilitets- og valideringsstudier for SCID-5-PF i en norsk populasjon.

4. Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF; Gioia et al., 2000). BRIEF er et sett med spørreskjemaer som brukes til å vurdere eksekutiv fungering i hverdagen hos individer i forskjellige aldersgrupper: BRIEF-P (Preschool version, for rapportering på barn 2–5 år; Gioia et al., 2003), BRIEF-SR (Self-report version, for selvrapporering hos unge 11–18 år; Guy et al., 2004), BRIEF foreldreversjon og BRIEF lærerversjon for rapportering på barn og unge mellom 5 og 18 år (Gioia et al., 2000) samt BRIEF-A (Adult version, for selvrapporering hos voksne; Roth et al., 2005). Skjemaene består av flere delskalaer som omhandler ulike aspekter av reguleringsfunksjoner. Hogrefe utgir testen i Norge med norske skjemaer og en amerikansk manual med amerikanske normer. Ifølge informasjon gitt fra Hogrefe ble oversettelsen utført i samsvarende med anbefalt praksis i 2004, og oversettelsen ble revidert i 2007 (K.C. Williams, personlig kommunikasjon, 28. mai 2020). Norsk forskning på et utvalg av 9–10 åringer gir generell støtte for bruk av amerikanske normer for foreldre- og lærerversjonene, selv om middelverdiene på enkelte delskalaer (Monitorering i foreldreversjonen og Fleksibilitet og Planlegging/organisering i lærerversjonen) lå lavere i det norske utvalget enn i det amerikanske utvalget (Fallmyr et al., 2011; Sørensen et al., 2014). Det kan bety at enkelte problemområder ikke fanges opp hos norske barn og unge ved bruk av de amerikanske normene (Køhn et al., 2020). Samlet sett konkluderes det i PsykTestBarn at den norske foreldreversjonen og lærerversjonen av BRIEF har tilfredsstillende psykometriske egenskaper (henholdsvis Sørensen et al., 2014, og Køhn et al., 2020). Det ble derimot ikke funnet relevante norske valideringsstudier om testegenskaper for BRIEF-SR eller BRIEF-A.

En norsk studie på BRIEF-P fylt ut av foreldre viste at selv om skjemaet klarte å skille kliniske fra ikke-kliniske grupper, ga anvendelse av amerikanske normer i kliniske grupper forholdsvis lave / ikke signifikante skårer på alle de 5 delskalaene (Skogan et al., 2015). Denne svekede sensitiviteten kan innebære at man ikke oppdager noen typer problematisk atferd ved bruk av de amerikanske normene. Grunnet store individuelle forskjeller samt overlapp mellom ulike diagnostiske grupper advarte Skogan et al. (2015), i likhet med BRIEFs utviklere, mot å bruke skjemaet som det eneste grunnlaget for diagnose.



Studier utført i kliniske miljøer og forskningsmiljøer der testresultater fra norske utvalg ble publisert, var som oftest basert på små kliniske grupper



Dette testkvalitetsprosjektet bekrefter tidligere funn om et misforhold mellom internasjonale testretningslinjer og statusen på testfeltet i Norge

Etter at datainnsamlingen for vår studie ble avsluttet i 2018, kom det ut en ny versjon i Norge, BRIEF-2 (Gioia et al., 2015), som ble oversatt i samsvarende med standard protokoll. Normene er imidlertid fortsatt amerikanske, oppdatert i 2013 og 2014 i forbindelse med revisjon av skjemaet. Litteratursøket ga ingen relevante norske studier om testegenskaper for BRIEF-2. Oppsummert mangler det norske normer, og det er heftet usikkerhet ved ulike kvalitetsaspekter ved noen av BRIEF-skjemaene. Siden det har kommet en revidert utgave av testen, BRIEF-2, bør den versjonen av testen prioriteres for utarbeidelse av norske normer for alle aldersgrupper, samt studier av reliabilitet og validitet basert på et norsk normgrunnlag.

5. ADHD-Rating Scale-IV: Home and school versions (ADHD-RS-IV; DuPaul et al., 1998). ADHD-RS-IV er et sett med skjemaer som fylles ut av enten foreldre (hjemmeversjon) eller lærer (skoleversjon) for å kartlegge de 18 symptomene av hyperkinetisk forstyrrelse i forbindelse med utredning og med utprøving av medisin for hyperkinetisk forstyrrelse. Skjemaene er basert på den utdaterte diagnosemanualen DSM-IV. Testen kan anvendes hos barn og unge i alderen 5 til 18 år. Persentilskårer utarbeides for hyperaktivitet/impulsivitet, uoppmerksomhet og total-skalaen, men disse er basert på representative amerikanske normer. Den norske versjonen er tilgjengelig i boken *AD/HD: Et verktøy for kartlegging av barn og ungdom* (Kvilhaug et al., 1998), der det står skrevet at tillatelse for oversettelse og bruk i Norge er gitt av R. Barkley i 1996. Kjøpere av boken har tillatelse til å kopiere skjemaet kun for personlig bruk. Imidlertid er oversettelsesmetoden ikke tilstrekkelig beskrevet for å kunne vurdere om den var i tråd med ITCs retningslinjer.

Skjemaene er i den originale engelskspråklige versjonen anerkjent som nyttige verktøy, og de er i utstrakt bruk. Men norske hjemme- og skoleversjoner ble vurdert i PsykTestBarn, og konklusjonen var at det verken finnes norske normer eller grunnlag for å kunne vurdere testens psykometriske egenskaper (Kornør et al., 2011a og 2011b). I 2016 kom ADHD-RS-V (DuPaul et al., 2016) ut i USA, oppdatert for DSM-V med hjemmeversjoner og skoleversjoner både for barn i alderen 5 til 10 år og for ungdommer i alderen 11 til 17 år. Litteratursøket ga ingen norske oversettelser eller norske studier av disse nye skjemaene. Grunnet mangel på norske normer samt publisering av den oppdaterte ADHD-RS-V bør de nyeste versjonene prioriteres for oversettelse og utarbeidelse av norske normer. Fremtidige studier av reliabilitet og validitet av ADHD-RS-V basert på norske normer bør prioriteres.

6. California Verbal Learning Test-II, Second Edition (CVLT-II; Delis et al., 2000). CVLT-II er en test som måler verbal-læring og hukommelse. Testadministrator leser høyt ordlister som testpersonen skal repetere og gjenkjenne over ulike tidsintervaller. CVLT-II kan anvendes hos personer fra 16 år og oppover. Pearson utga i 2004 en norsk oversettelse av CVLT-II med et norsk manualsupplement (Lundervold et al., 2004). Mens manualen beskriver at ordlistene ble tilpasset norske forhold og kontrollert av en lingvist, er det for lite informasjon til å vurdere om ITCs retningslinjer for oversettelse er blitt tilstrekkelig fulgt. De kjønnsdelte normene er hentet fra USA. Norske studier med både ikke-kliniske deltagere og blandete kliniske grupper har ikke vist de kjønnsforskjellene man finner i det amerikanske normgrunnlaget, slik at anvendelse av de amerikanske normene hos norske kvinner kan gi misvisende resultater for noen aspekter av hukommelse (Egeland et al., 2005; Langlo et al., 2015; Kanestrøm, 2017). Manualen inneholder ikke informasjon vedrørende reliabilitet eller validitet for den norske versjonen. Kunnskapssenterets

systematiske litteratursøk av den norske CVLT-II fant noe støtte for begrepsvaliditet og konvergentvaliditet, men de fant ikke norske studier som ga tilstrekkelig informasjon om reliabilitet (Sjveland et al., 2014). Mens testen har kommet ut i en ny versjon i USA, CVLT-3, har testleverandøren formidlet at de ikke har planer om å oppdatere den i Skandinavia (Pearson Clinical, personlig kommunikasjon, 17. juni 2020). Dette betyr at CVLT-II vil være den tilgjengelige versjonen i Norge de kommende årene. Grunnet manglende norske normer og usikkerhet rundt de psykometriske egenskapene til CVLT-II bør det utarbeides norske normer. Fremtidige studier av reliabilitet og validitet av CVLT-II basert på norske normer bør også prioriteres.

7. Wisconsin Card Sorting Test (WCST; Heaton et al., 1993). WCST måler mental fleksibilitet og evner til å bruke kognitive strategier i problemløsning ved bruk av tilbakemeldinger fra testadministrator om organisering av ulike type stimuli etter ulike regler. Testen kan administreres både i papirform og på datamaskin, og den kan brukes hos de som er minst 6 år gamle. Hogrefe utgir WCST med amerikanske normer og et norsk manualsupplement som inkluderer informasjon på norsk om administrasjon, skåring og tolkning samt preliminnære normdata basert på 60 friske svensker mellom 20 og 55 år (Grant et al., 2004). Det finnes en del norske studier der WCST brukes i testing av kliniske grupper og kontroller, både av barn og voksne, men et litteratursøk ga ikke tilstrekkelig informasjon om psykometriske egenskaper. I en eldre valideringsstudie (Rodríguez-Aranda et al., 2006b) ble WCST administrert til 101 friske nordmenn mellom 20 og 88 år. Noen av resultatene ser ut til å være korrelert med alder og utdanningsnivå, og mangel på norske normer gjør tolkningen av resultatene usikker. Grunnet mangel på norske normer og tvil knyttet til testens psykometriske egenskaper anbefales det at man utarbeider norske normer for WCST samt prioriterer fremtidige studier av testens reliabilitet og validitet basert på norske normer.

8. Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R; Rutter et al., 2003). ADI-R er et semi-strukturert klinisk intervju som er kjent som «gullstandarden» i kartlegging av symptomer innenfor autismespekterforstyrrelse (ASF). Intervjuet gjennomføres med foresatte eller omsorgspersoner for å innhente informasjon om atferd og utviklingshistorie hos de med

en mental alder på minst 2 år. Testen er basert på kriterier i ICD-10 og i det utdaterte DSM-IV. ADI-R intervjuene tar i bruk beslutningsalgoritmer der grenseverdier indikerer mulig ASF. Det er nå også utviklet nyere amerikanske beslutningsalgoritmer for småbarn (Kim et al., 2012a). Hogrefe utgir ADI-R med norske protokoller oversatt etter anbefalte prosedyrer, men både manualen og normene med grenseverdier for beslutningsalgoritmene er amerikanske.

Halvorsen og kollegaers (2017) systematiske undersøkelse av ADI-R i PsykTestBarn fant ikke norske reliabilitetsstudier av ADI-R. Derimot fant de lavere sensitivitet for den norske ADI-R sammenlignet med amerikanske studier, og at testens validitet kan påvirkes av barnets alder, IQ og atferdsproblemer samt nivå av foreldrebeymring. Eksempelvis refererte de til Havdahl og kollegaers norske studie (2017) der bruk av de nye amerikanske algoritmene (Kim et al., 2012a) hos norske småbarn hvor foreldre rapporterte ikke å være særlig bekymret for ASF, reduserte testens sensitivitet i en slik grad at over 40 % av småbarn med faktisk ASF ikke ble fanget opp. Mens disse nye algoritmene ikke utgis av testleverandøren i Norge, viser studien at testens validitet er spesielt lav for den intenderte populasjonen.

Begrepsvaliditet, undersøkt ved den norske ADI-Rs grad av samsvar med det semi-strukturerte observasjonsverktøyet Autism Diagnostic Observation Schedule-Second Edition (ADOS-2; Lord et al., 2012), var tilfredsstillende (Havdahl et al., 2017). Halvorsen et al. (2017) mente at det var støtte for bruk av de ovennevnte diagnostiske beslutningsalgoritmene for småbarn så lenge ADOS-2 også brukes i utredningen. I forbindelse med diagnostisk utredning anbefalte flere også at ADI-R brukes sammen med ADOS for å øke validiteten av testresultatene (Zander et al., 2015; Havdahl et al., 2017; Kim et al., 2012b). Zander et al. (2015) konkluderte at brukt isolert var ADOS-2 egentlig mer nyttig i forbindelse med diagnostikk enn ADI-R alene. I PsykTestBarn ble det oppsummert at det var behov for flere norske studier for å belyse testens reliabilitet og validitet, spesielt med tanke på de diagnostiske beslutningsalgoritmene (Halvorsen et al., 2017). Basert på mangel på norske normer og den generelle usikkerheten knyttet til testens psykometri anbefales det at det utarbeides norske normer og grenseverdier, og at fremtidige studier av testens reliabilitet og validitet prioriteres.

9. Wechsler Memory Scale-III (WMS-III; Wechsler, 2008). WMS-III brukes til utredning av ulike aspekter av læring, hukommelse og arbeidsminne hos personer som er 16 år og eldre. Pearson utgir testen med et norsk manual-supplement (Wechsler, 2008), men normene er amerikanske, datert tilbake til 1997. Det finnes også en WAIS-III/WMS-III teknisk manual på engelsk (Tulsky et al., 1997) for sammenligning av WMS-III-skårer med WAIS-III-skårer for å vurdere hukommelse i lys av intelligensnivå. I den norske manualen beskrives det at testen ble oversatt parallelt til norsk og svensk ved konsensus i arbeidsgruppen, men det er for lite informasjon til å vurdere om oversettelsesprotokollen er blitt fulgt, spesielt med tanke på bruk av en lingvist for å ivareta språktekniske aspekter ved denne hukommelsestesten.

Manualen beskriver den norske/svenske utprøvingen (N = 180) på utvalgte deltester fra WMS-III fra 2007, der 89 norske deltagere inngikk kun i utvalgte aldersgrupper: 25–29 år (n = 29), 45–54 år (n = 30) og 65–69 år (n = 30). Konklusjonen om at de amerikanske normene kunne brukes selv om nordmenn/svensker presterte noe høyere enn amerikanere på alle deltester unntatt to, Ansikter I og II og Familiebilder I og II, kan dermed være vanskelig for testbrukere å feste tillit til. Utprøvingen ble ikke gjennomført i alle aldersgruppene, og utvalget består av et lavt antall deltagere.

En studie er gjennomført med eldre, friske nordmenn fra 55 års alder (Bosnes et al., 2012). Forfatterne konkluderte at de amerikanske normene kunne brukes for den aldersgruppen, men at disse kan overestimere nordmenns generelle/utsatte hukommelse og dermed ikke fange opp mildere problemer med hukommelse. I en senere artikkel på de samme utvalgsdataene som over (Bosnes et al., 2016) viste resultatene at de kulturpregete deltestene, Ansikter I og Familiebilder I, ga avvik hos nordmenn på rundt $\frac{3}{4}$ standardavvik (SA). Man bør merke seg at den oppdaterte testversjon, WMS-IV (Wechsler, 2009), ikke lenger inneholder disse to deltestene. Nevropsykologiske tester brukes ofte til å måle fungering over tid, og derfor er det nødvendig at test-retest-reliabilitet oppgis for slike tester. Den amerikanske tekniske manualen for WMS-III viser at gjennomsnittlige indeksskårer øker mellom 0,33 og 1,0 SA ved retest etter 2–12 uker (Johnstone, 2010). Litteratursøket ga ingen studier som belyser

grad av læringseffekt ved retesting hos nordmenn.

WMS har gjennomgått omfattende endringer i den fjerde amerikanske versjonen, og ovenstående usikkerhetsmomenter ved testens egenskaper viser behovet for en oppdatert norsk versjon. Testleverandøren besvarte ikke henvendelser om det er planlagt oppdateringer av WMS. Grunnet mangel på norske normer og behov for psykometrisk kvalitetsinformasjon anbefales det at man forsøker å få WMS-IV oversatt og tilpasset norske forhold, inkludert utarbeidelse av norske normer. Så bør fremtidige studier av testens reliabilitet og validitet basert på et norsk normgrunnlag prioriteres.

10. FAS Test (Controlled Oral Word Association Test; Benton et al., 1989 / Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS), Verbal flyt – Ordflyt; Delis et al., 2005). FAS Test inngår i D-KEFS, en sammensetning av flere velkjente nevropsykologiske testmetoder som brukes til å måle ulike aspekter av eksekutiv fungering hos barn og voksne. D-KEFS ble utviklet i USA for å standardisere administrasjonsteknikker for flere tester samt å lage ett felles normsett for tolkning av resultatene. Alle tester i D-KEFS kan anvendes hos barn fra 8 års alder med unntak av «Ordtak», som kan anvendes fra 16 års alder. Pearson utgir testen med norske protokoller og et norsk manualsupplement (Delis et al., 2005), men det er viktig å merke seg at normene er amerikanske. I den norske manualen beskrives det at grunnet ulik utforming av hver av testene kunne noen av disse tas i bruk med kun oversettelse av instruksene, mens andre deltester krevde mer omfattende oversettelse og tilpasning til norsk språk og kultur, noe som ser ut til å være ivarettatt for det meste basert på begrenset informasjon i manualen.

FAS Test, eller Controller Oral Word Association Test, er deltesten som brukes til å måle fonetisk ordflyt, der testpersonen skal produsere flest mulig ord muntlig som oppfyller spesifikke kriterier innenfor en begrenset tidsramme, vanligvis innen 1 minutt. Teststimuli består i all hovedsak av enkle instruksjoner som testadministratoren leser for testpersonen, og derfor kreves det ikke en omfattende oversettelsesprosedyre slik som ved andre tester. Derimot er det vesentlig hvilke fonetiske kriterier som brukes i ulike språkpopulasjoner grunnet forskjellig forekomst av ord i ulike språk. Derfor spesifiserer Tombaugh et al. (1999) at normsett

tet kun må anvendes for det samme målspråket (for D-KEFS betyr det engelsk). En metaanalyse av 134 amerikanske og kanadiske studier om fonetisk ordflyt viser at ulike kriterier brukt selv innenfor det samme språket gir ulike vanskelighetsgrader (Barry et al., 2011). Det spesifiseres i D-KEFS-manualen at muligheten for å bruke sammensatte ord på norsk kan gi en forhøyet skår på FAS Test hos nordmenn. Studier viser at flere andre faktorer kan påvirke prestasjon på FAS Test, og dermed validitet av resultatene. Dette kan være ung alder (Delis et al., 2001), alder generelt (Rodríguez-Aranda et al., 2006a; Barry et al., 2011), utdanningsnivå (Loonstra et al., 2001; Tombaugh et al., 1999; Barry et al., 2011), lesehastighet og ordforståelse (Rodríguez-Aranda, 2003).

Den norske D-KEFS-manualen (Delis et al., 2005) beskriver at data-analyser av voksne svenske og norske pasienter samt 57 friske voksne nordmenn, matchet med pasientgruppen med hensyn til utdanningsnivå, kjønnsfordeling og alder, støttet foreløpig bruk av de amerikanske normene. Imidlertid ble det funnet at middelverdien for den norske kontrollgruppen (n = 57) tilnærmet seg ett SA over gjennomsnittet for den amerikanske normalpopulasjonen, og en gruppe norske pasienter med bipolar lidelse (n = 14) presterte mer enn ett SA over den samme amerikanske normalpopulasjonen. Dessuten ble det ikke innhentet data for barn eller ungdom. Flere andre studier som anvendte FAS Test med friske norske barn og voksne, viser høyere gjennomsnittsverdier enn forventet sammenlignet med de amerikanske normene – i hvert fall for noen aldersgrupper (se Egeland et al., 2006, Rodríguez-Aranda et al., 2006b; Andersson et al., 2010; Løvstad et al., 2012). Slike resultater fra bruk av utenlandske normer kan øke risikoen for at testpersoner med mildere svikt ikke oppdages. Kalechstein et al. (1998 i Delis, 2001) fant at flere tester av eksekutiv fungering som finnes i D-KEFS, har tidligere vist variasjon i standardiserte skårer seg imellom, og de poengterte at det derfor er nødvendig med et stort, enhetlig og representativt normsett for disse. Søket ga for øvrig ikke informasjon om testens reliabilitet for nordmenn. Grunnet mangel på norske normer og usikkerhet knyttet til testens psykometri anbefales det at man utarbeider norske normer for ikke bare FAS Test, men for hele D-KEFS, slik at forfatterens målsetting om ett samlet normsett for flere tester av eksekutiv fungering også kan gjelde i Norge. Så bør fremtidige studier av testens reliabilitet og validitet basert på norske normer prioriteres.

DISKUSJON

Dette prosjektet viser at tydelig kvalitetsinformasjon om tester ofte er vanskelig å finne, og at det er vesentlige kvalitetsmangler med tester som brukes hyppig i Norge. Det omfatter bruksrett, oversettelsesmetodikk, norsk normeringsdata, reliabilitet og validitet. Av de ulike kvalitetskriteriene som ble undersøkt, var informasjon om hvem som var forfatteren av testen, enklest å fastslå. Opplysninger om hvem som hadde oversatt en test, var ofte tilgjengelig, men informasjon om hvorvidt tillatelse til oversettelse foreligger, eller om faglig anbefalte prosedyrer for oversettelsesprotokoll (ITC, 2017) har blitt fulgt, manglet ved en del tester. Det var i noen tilfeller utfordrende å finne tydelig informasjon om hvorvidt det foreligger tillatelse til bruk eller distribusjon av tester i Norge. Slike opplysninger var heller ikke alltid oppdaterte etter som nyere testversjoner har blitt utviklet for å erstatte eldre versjoner. Vi avdekket også motstridende eller usikker informasjon om rettsbruk fra ulike kilder. I noen



Alle 10 testene som er belyst i artikkelen, hadde problemer knyttet til norsk normering, reliabilitet og validitet





Ofte slo dette ut i lavere sensitivitet, som kan resultere i alvorlige konsekvenser for testpersonene

tilfeller tok vi kontakt med utenlandske testeiere for å skaffe eller bekrefte slik informasjon, men man bør ikke forvente at norske psykologer skal måtte gå til slike skritt for å være ansvarlige testbrukere.

Kvaliteten på informasjonen om norske normer var heller ikke alltid enkelt å tyde. Noen testforlag publiserte kun utenlandske normer, av og til med «preliminære» data på mindre norske eller svenske utvalg på visse aldersgrupper som skulle støtte bruk av utenlandske normer, men oppfølgingsstudier for å bekrefte konklusjonene manglet. Studier utført i kliniske miljøer og forskningsmiljøer der testresultater fra norske utvalg ble publisert, var som oftest basert på små kliniske grupper og ikke større representative referansegrupper som vil kunne gjøre data gjeldende som et normsett. Det er mange ulemper med å lene seg til data fra slike studier, da de kan gi misvisende resultater (Delis, 2001). Små utvalg gir usikker representativitet for den intenderte målgruppen. Færre deltagere i utvalgene kan også bety at disse samles i få, brede aldersgrupper der resultatene vil kunne være mindre sensitiv til alderseffekter ved visse egenskaper. Videre risikerer man at deltagere fra barne- og ungdomspopulasjonen utelates fra studier til fordel for voksne deltagere, og disse normene for voksne vil ikke kunne anvendes hos barn/unge.

Gjennom litteratursøket i undersøkelsen ble det funnet at få norske studier belyste ulike typer reliabilitet og validitet for tester. Psykometriske egenskaper for tester vil være unik for hver språkversjon, og derfor vil man ikke kunne støtte seg til originalversjonens rapporterte reliabilitet og validitet (ITC, 2017). Mens validiteten til et testverktøy som regel vil måtte vurderes skjønnsmessig av testbrukeren basert på formål med testen i ulike sammenhenger, er manglende informasjon imidlertid et stort problem.

Dette testkvalitetsprosjektet bekrefter tidligere funn om et misforhold mellom internasjonale testretningslinjer og statusen på testfeltet i Norge, og det er spesielt bekymringsfullt at noen av disse problemene har vært kjent over lang tid. Testforlag og andre testutgivere gjør tilgjengelig utenlandske testverktøy uten nødvendige tilpasninger for bruk i Norge, og det kan øke faren for feil i testresultatene. Alle 10 testene som er belyst i artikkelen, hadde problemer knyttet til norsk normering, reliabilitet og validitet. Det er ressurskrevende å utarbeide norske normer for tester og å gjennomføre studier som viser statistiske analyser som støtter den tilpassete versjonens psykometriske egenskaper, men det er avgjørende at dette arbeidet prioriteres for at man skal kunne ha tillit til testresultatene. Valideringsstudier som det er refererte til i denne artikkelen, har vist at bruk av utenlandske normer som er basert på populasjoner i land med betydelige forskjeller i demografi, språk og kultur sammenlignet med norske forhold, kan redusere validiteten til konklusjonene som utledes av testresultatene. Ofte slo dette ut i lavere sensitivitet, der spesifikke vansker som norske barn og voksne faktisk har, ikke ble oppdaget, noe som kan resultere i alvorlige konsekvenser for testpersonene. Salg av tester med utenlandske normer og norske protokoller kan gi inntrykk av et kvalitetsstempel for bruk i Norge. Denne undersøkelsen viser at dette ikke alltid stemmer. Likevel bekrefter psykologer at mange ulike tester som mangler tilstrekkelig kvalitetsdokumentasjon, er i hyppig bruk i Norge.

Metodikken i dette prosjektet ansees å speile hvordan norske testbrukere ville søke informasjon om testkvalitet: via testmanualer, internettsidene til testleverandører, norske fagdatabaser og internasjonale artikkeldatabaser. Den er således ikke like systematisert og grundig som

for eksempel undersøkelsene av måleegenskaper utført av PsykTestBarn/FHI, og noe relevant informasjon kan ha blitt oversett. I denne undersøkelsen kom det frem informasjon om flere ulike kvalitetsproblemer blant de 40 mest brukte testene, og andre fagpersoner vil kunne ha gjort ulike valg, etter en helhetsvurdering, når det gjelder hvilke tester man bør prioritere å forbedre. Likevel er det tydelig at det er stort rom for forbedring ved flere tester, og denne listen ansees som et godt utgangspunkt for det videre arbeidet.

KONKLUSJON

Denne undersøkelsen viser at det er behov for økt bevissthet rundt det ansvaret alle som er involvert med tester og testing, har. Informasjon om testkvalitet må både gjøres lettere tilgjengelig for testbrukere og den må kvalitets-sikres og holdes oppdatert – noe som viser seg å være en formidabel, men viktig oppgave. Et større samarbeid mellom testleve-

randører, helsemyndigheter med ansvar for pasientsikkerhet og relevante fagmiljøer vil kunne stimulere til forbedringsinitiativer og etterfølgelse av gjeldende testretningslinjer. NPF, Helsedirektoratet og FHI har allerede vist interesse for å bidra. En nasjonal satsing på oversettelse, kulturell tilpasning, norsk normering og forskning om testegenskaper må til for å løfte testkvaliteten og øke tilliten til konklusjonene som baseres på bruk av psykologiske tester i Norge. ✕

Takk

Takk til Helsedirektoratet som bidro med midler som gjorde prosjektet mulig. Det takkes for skrivestipend fra Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Sykehuset i Vestfold. Takk til Norsk psykologforening: TPU-medlemmer (2017–2019) for innspill til undersøkelsen og analysemetoder, Andreas Høstmælingen og Ole Tunold for bistand med forberedelse og utsendelse av undersøkelsen samt datainnsamling og databearbeidelse, sentralstyret for skrivestipend og Mikael J. Sømhovd for kommentarer til manuskriptet.

REFERANSER

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4. utg.).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. utg., tekstrev.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. utg.).
- American Psychiatric Association Publishing. (2020, v1.0.0.19). *The Structured Clinical Interview for DSM-5®: Additional Support and Materials*. <https://www.appi.org/products/structured-clinical-interview-for-dsm-5-scid-5>
- Andersson, S., Lovdahl, H. & Malt, U. F. (2010). Neuropsychological function in unmedicated recurrent brief depression. *Journal of Affective Disorders*, 125, 155–164.
- Barry, D., Bates, M. E. & Labouvie, E. (2011). FAS and CFL forms of verbal fluency differ in difficulty: a meta-analytic study. *Applied neuropsychology*, 15(2), 97–106.
- Benton, A. L. & Hamsher, K. (1989). *Multilingual Aphasia Examination* (2. utg.). AJA Associates.
- Bosnes, O. & Troland, K. (2012). Wechsler Memory Scale-III og Wechsler Adult Intelligence Scale-III utprøvd i et utvalg av HUNT 3-populasjonen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(5), 462–467.
- Bosnes, O., Troland, K. & Torsheim, T. (2016). A Confirmatory Factor Analytic Study of the Wechsler Memory Scale-III in an Elderly Norwegian Sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31, 12–17.
- Delis, D. C., Kramer, J. H., Kaplan, E. & Ober, B. A. (2000). *Manual for the California Verbal Learning Test, Second Edition (CVLT-II)*. The Psychological Corporation.
- Delis, D. C., Kaplan, E. & Kramer, J. H. (2001). *Delis-Kaplan Executive Function System*. Pearson Assessment.
- Delis, D. C., Kaplan, E. & Kramer, J. H. (2005). *Delis-Kaplan Executive Function System, norsk manual-supplement*. (T. Foss overs.). Pearson Assessment.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D. & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation*. Guilford.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D. & Reid, R. (2006). *ADHD Rating Scale-5 for Children and Adolescents: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation*. Guilford Press.

- Egeland, J., Landrø, N. I., Tjemsland, E. & Walbækken, K. (2006). Norwegian Norms and Factor-Structure of Phonemic and Semantic Word List Generation. *The Clinical Neuropsychologist*, 20, 716–728.
- Egeland, J., Sundet, K., Landrø, N. I., Rund, B. R., Asbjørnsen, A. & Hugdahl, K. (2005). Validering av normer for oversatte tester av oppmerksomhet og hukommelse i et norsk normalutvalg. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42, 99–105.
- Egeland, J., van Delft, C., Føllestad, H., Holen, A., Helland, S. & Engen Nilsen, D. Ø. (2015). *Det må være et myndighetsansvar å sette nødvendige prosesser i gang for å sikre helsevesenet tilgang på kvalitetssikrede verktøy*. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/testbruk/uautoriserte-tester-og-kartleggingsverktoy>
- Fallmyr, Ø. & Egeland, J. (2011). Psykometriske egenskaper for den norske versjonen av Behavior Inventory of Executive Function (BRIEF). *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(4), 339–343.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. & Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I personality disorders. (SCID-II)*. American Psychiatric Association.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S. & Spitzer, R. L. (2019). *Strukturerert klinisk intervju for personlighetsforstyrrelser – DSM-5 (SCID-5-PF)*. (E. Haukeland overs.). Gyldendal Akademisk (original publisert 2016).
- Gioia, G. A., Espy, K. A. & Isquith, P. K. (2003). *BRIEF-P: Behavior Rating Inventory of Executive Function-Preschool Version*. Psychological Assessment Resources.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C. & Kenworthy, L. (2000). *Behavior Rating Inventory of Executive Function*. Psychological Assessment Resources.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C. & Kenworthy, L. (2015). *BRIEF-2: Behavior Rating Inventory of Executive Function-Second Edition*. PAR Inc.
- Grant, D. A. & Berg, E. A. (2004). *Wisconsin Card Sorting Test. Manual Supplement, norsk versjon*. Hogrefe Psykologiförlaget AB.
- Guy, S., Isquith, P. & Gioia, G. (2004). *BRIEF-SR: Behavior Rating Inventory of Executive Function-Self Report Version*. Psychological Assessment Resources.
- Halvorsen, M. & Helverschou, S. E. (2017). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R). *PsykTestBarn*, 1(5).
- Harm Research Institute (2018, 11. juli). License Agreements for Use of Any MINI. <https://harmresearch.org//index.php/mini-international-neuropsychiatric-interview-mini/#License%20Agreements%20for%20Use%20of%20Any%20MINI>
- Havdahl, K. A., Bishop, S. L., Suren, P., Oyen, A. S., Lord, C., Pickles, A., von Tetzchner, S., Schjølberg, S., Gunnes, N., Hornig, M., Lipkin, W. I., Susser, E., Bresnahan, M., Magnus, P., Stenberg, N., Reichborn-Kjennerud, T. & Stoltenberg, C. (2017). The influence of parental concern on the utility of autism diagnostic instruments. *Autism Research* 10(10), 1672–1686.
- Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L., Kay, G. G. & Curtiss, G. (1993). *Wisconsin card sorting test manual: Revised and expanded*. Psychological Assessment Resources.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykose-lidelser*.
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for ADHD*.
- International Test Commission (2001). International Guidelines for Test Use [ITC retningslinjer for testbruk]. *International Journal of Testing*, 1(2), 93–114. (Norsk Psykologforening, oversetter, 2013). <https://www.intestcom.org/page/17>
- International Test Commission. (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second Edition)*. <https://www.intestcom.org/page/16>
- Johnstone, E. C., Owens, D. C., Lawrie, S. M., McIntosh, A. M. & Sharpe, M. (red.). (2010). *Companion to Psychiatric Studies* (8. utg.). Elsevier Ltd.
- Kanestrøm, H. (2017). California Verbal Learning Test (CVLT-II) og Brief Visuospatial Memory Test – Revised (BVMT-R): Undersøkelse av prestasjoner og samsvar i et klinisk utvalg. *Tidsskrift for Norsk Nevropsykologisk Forening*, 19(1), 10–16.
- Kessler, R. C. (2020, 15. april). Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Version 1.1: Background Information. https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/adir/background_memo_rev.pdf
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B. & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35, 245–256.
- Kim, S. H. & Lord, C. (2012a). New autism diagnostic interview-revised algorithms for toddlers and young preschoolers from 12 to 47 months of age. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 82–93.
- Kim, S. H. & Lord, C. (2012b). Combining information from multiple sources for the diagnosis of autism spectrum disorders for toddlers and young preschoolers from 12 to 47 months of age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(2).
- Kornør, H. & Bøe, T. (2011a). Måleegenskaper ved den norske versjonen av ADHD-RS-IV – ADHD Rating scale IV, Hjemmeversjon (ADHD-RS-IV Hjemme). *PsykTestBarn*, 1(8).
- Kornør, H. & Bøe, T. (2011b). Måleegenskaper ved den norske versjonen av ADHD Rating Scale IV, Skoleversjon (ADHD-RS-IV Skole). *PsykTestBarn*, 1(9).
- Kornør, H. & Hysing, M. (2011c). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Adult ADHD Self Report Scale, 1.1 (ASRS). *PsykTestBarn*, 1(6).
- Kornør, H., Jozefiak, T., Hanssen-Bauer, K. & Hysing, M. (2015). Forsvarlig testbruk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(7), 600–601.
- Kvilhaug, G., Høigaard, B., Rønneho, T., Aase, H., Eilertsen, O., Rydin, S. A., Iglum, L., Farstad, A. L. & Johansen, E. B. (1998). *AD/HD: Et verktøy for kartlegging av barn og ungdom*. Novus forlag.
- Køhn, K. & Halvorsen, M. (2020). Måleegenskaper ved den norske lærerversjonen av Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF). *PsykTestBarn*, 1: 5.
- Langlo, K. S. & Erdal-Aase, R. (2015). Testing av tegnspråklige døve med California Verbal Learning Test-II. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 10, 863–871.
- Loonstra, A. S., Tarlow, A. R. & Sellers, A. H. (2001). COWAT Metanorms Across Age, Education and Gender. *Applied Neuropsychology* 8(3), 161–166.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P., Risi, S., Gotham, K. & Bishop, S. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule-2nd Edition (ADOS-2)*. Western Psychological Corporation.

- Lundervold, A. J. & Sundet, K. S. (2004). *Norsk Versjon. Manuals supplement. CVLT-II*. Psykologiförlaget AB.
- Løvstad, M., Funderud, I., Endestad, T., Due-Tønnessen, P., Meling, T. R., Lindgren, M., Knight, R. T. & Solbakk, A. K. (2012). Executive functions after orbital or lateral prefrontal lesions: Neuropsychological profiles and self-reported executive functions in everyday living. *Brain Injury*, 26(13–14), 1586–1598.
- Mapi Research Trust. (2018, 11. juli). Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI). <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/mini-international-neuropsychiatric-interview>
- Rodríguez-Aranda, C. (2003). Reduced Writing and Reading Speed and Age-related Changes in Verbal Fluency Tasks. *The Clinical Neuropsychologist* 17(2), 203–215.
- Rodríguez-Aranda, C. & Martinussen, M. (2006a). Age-Related Differences in Performance of Phonemic Verbal Fluency Measured by Controlled Oral Word Association Task (COWAT): A Meta-Analytic Study. *Developmental Neuropsychology*, 30(2), 697–717.
- Rodríguez-Aranda, C. & Sundet, K. (2006b). The frontal hypothesis of cognitive aging: factor structure and age effects on four frontal tests among healthy individuals. *Journal of Genetic Psychology*, 167(3), 269–287.
- Roth, R. M., Isquith, P. K. & Gioia, G. A. (2005). *BRIEF-A: Behavior Rating Inventory of Executive Function-Adult version*. Psychological Assessment Resources.
- Rutter, M., Le Couteur, A. & Lord, C. (2003). *Autism diagnostic interview-revised*. Western Psychological Services.
- Ryder, T. M. (2021). Testkvalitetsprosjektet – del 1: Norske psykologers testholdninger og testbruk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(1), 28–37.
- Selvik, A. (2007). *Forsvarlig bruk av tester, strukturerte intervjuer og spørreskjemaer – kvalitet og bruksrett i helsevesenet*. Internrapport Psykologforeningen. https://ressursside.no/handbok-filer/forsvarlig_bruk_av_tester_npf.pdf
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, G. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22–33.
- Siqveland, J., Sundseth, Ø., Dalsbø, T. K., Harboe, I. & Leiknes, K. A. (2014). *Måleegenskaper ved den norske versjonen av California Verbal Learning Test II (CVLT-II)* (Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 7). Nasjonalt kunnskapssenter for helsestjenesten.
- Skogan, A. H., Zeiner, P., Egeland, J., Urnes, A. G., Reichborn-Kjennerud, T. & Aase, H. (2015). Parent ratings of executive function in young preschool children with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior and Brain Functions*, 11(16).
- Sørensen, L. & Hysing, M. (2014). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF). *PsykTestBarn*, 2(6).
- Tombaugh, T. N., Kozak, J. & Rees, L. (1999). Normative Data Stratified by Age and Education for Two Measures of Verbal Fluency: FAS and Animal Naming. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 14(2), 167–177.
- Tulsky, D., Zhu, J. & Ledbetter, M. (1997). *WAIS-III/WMS-III Technical Manual*. Psychological Corporation.
- Vaskinn, A., Egeland, J., Nielsen, G. H. & Høstmælingen, A. (2010). Norwegian psychologists' use of and opinions on tests and testing. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 47(11), 1010–1016.
- Vaskinn, A. & Egeland, J. (2012). Testbrukerundersøkelsen: En oversikt over tester brukt av norske psykologer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(7), 658–665.
- Verdens helseorganisasjon. (2020). *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede sykdommer* (10. utg.). Direktoratet for e-helse. <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>
- Wechsler, D. (2008). *Wechsler Memory Scale – Third Edition, norsk versjon*. Pearson Assessment.
- Wechsler, D. (2009). *Wechsler Memory Scale-Fourth Edition*. Pearson.
- Zander, E., Sturm, H. & Bölte, S. (2015). The added value of the combined use of the Autism Diagnostic Interview-Revised and the Autism Diagnostic Observation Schedule: Diagnostic validity in a clinical Swedish sample of toddlers and young preschoolers. *Autism*, 19(2), 187–199.

AKTUELT

Notis

Millioner til utilregnelighet

Forskningsrådet har bevilget 12 millioner til å forske på hvordan psykoser og psykiske lidelser eventuelt fraskriver personer straffansvar. Mottaker er det Det juridiske fakultet ved Universitetet i Bergen. Hvorvidt en person som har begått lovbrudd anses for å være ansvarlig eller ikke for sine handlinger, har grunnleggende betydning for om vedkommende kan straffes eller ikke.

– Psykosetilstanden er sentral for utilregnelighet i alle land.

Samtidig er jussen uklar på hvorfor psykosetilstanden er relevant for skyldenvnen, og hvilke elementer ved tilstanden som har betydning,

sier forskningsprosjektets leder, professor Linda Grønning til uib.no.

Hun skal samarbeide med verdensledende fagfolk på området; både filosofer og forskere i psykiatri og psykologi, heter det på UiBs nettside.

Kilde: <https://www.uib.no/aktuelt/141487/skal-utvikle-strafferettens-kunnskap-om-utlregnelighet-og-psykose>



FORELDRE UNDER LUPEN Miriam Sinkerud Johnson har sammen med forskerkolleger undersøkt hvordan foreldrepopulasjonen taklet de strenge karantenetiltakene i mars og april i fjor.

God koronadisiplin kan ha straffet seg

Foreldrene som var mest lydige under nedstegingen i mars i fjor, opplevde de største psykiske utfordringene blant foreldrepopulasjonen, viser en fersk studie.

TEKST Per Olav Solberg **FOTO** Nora Skjerdingstad

HITTIL I KORONAPANDEMIEN har det vært knyttet bekymring til hvordan folk som bor alene, takler ensomhet og lite kontakt med andre – og hvordan det har påvirket deres psykiske helse. Det har vært mindre fokus på foreldre og hvordan de fikset hjemmekontor mens barna hadde hjemmeskole eller måtte bli passet på av mamma eller pappa. Førsteamanuensis i psykologi ved OsloMet Miriam Sinkerud Johnson og kollegaer gjennomfører en longitudinell studie som hittil har sett på psykisk helse blant foreldre under nedstegingen i mars og tre måneder etter at distanseringstiltakene ble opphevet.

– Nedstegingen ble en kollektiv stresstest for foreldre. Da skulle de drive hjemmeskole, være produktive på jobbfronten, ta seg av små barn og

samtidig være sosialt isolert i karantene. Flere foreldre opplevde i tillegg permitteringer og stor økonomisk usikkerhet, sier Sinkerud Johnson.

Forskerne bak studien ønsket derfor å kartlegge hvordan selve nedstengingsperioden i mars og april påvirket foreldrenes opplevelse av foreldrestress og symptomer på angst og depresjon, i tillegg til utbrenthet, vanskeligheter med å jobbe hjemmefra og sinne rettet mot egne barn. Disse faktorene ble målt under selve nedstengingsfasen, to uker etter lockdown og tre måneder etter at distanseringstiltakene ble opphevet. Nye målinger er gjennomført høsten 2020, og det planlegges jevnlig målinger til og med høsten 2022.

* Redaksjonssekretær Nora Skjerdingstad er forskningsmedarbeider på studien til Sinkerud Johnson.

DISIPLIN MED BISMAK

– Hva synes du er de mest interessante funnene i studien deres?

– Blant de foreldrene som var mest lydige og i størst grad overholdt karantene-reglene mens de var hjemme med barn, rapporterte 29 % om symptomer på depresjon og 27 % om symptomer på angst over grenseverdi. Blant foreldre som ikke i samme grad overholdt karantene-reglene, rapporterte henholdsvis 13 % og 15 % av foreldre om tilsvarende symptomer på depresjon og angst.

Tre måneder etter at distanseringstiltakene ble opphevet, er nivået av foreldrestress og symptomer på angst og depresjon betydelig redusert blant foreldrene. Det indikerer en mulig sammenheng mellom karantene-tiltak og psykisk belastning, sier hun.

Sinkerud Johnsons funn viser også at tilfredshet i parforholdet kan fungere som en beskyttelsesfaktor mot psykiske plager. Hun forteller at grad av tilfredshet i parforholdet predikerte endring i foreldrestress:

– Jo mer tilfredshet i parforholdet, desto mindre opplevelse av stress. Tilsvarende fant vi også at reduksjon i sinne rettet mot egne barn og depresjon var assosiert med reduksjon i opplevd foreldrestress, sier hun.

Forskeren påpeker at mange foreldre i utvalget *ikke* opplevde høy grad av stress i foreldre-rollen, til tross for at alle opplevde de samme restriksjonene ved karantene og sosial isolasjon.

– Dette minner oss om at vi har ulike forutsetninger for å håndtere stressende livssituasjoner, sier Sinkerud Johnson.

– *Hva bør bli de kliniske implikasjonene for psykisk helsefeltet ut fra denne forskningen?*

– Våre funn og flere andre studier som har kartlagt psykisk helse i foreldrepopulasjonen under pandemien, peker i retning av at mange foreldre har opplevd pandemien som psykisk belastende. Det å normalisere at mange har opplevd perioden som en påkjenning, er derfor viktig. Mulige langtidseffekter vet vi foreløpig lite om, og vi trenger flere longitudinelle studier som følger foreldre over tid, før vi kan trekke en slutning om hvordan pandemien har påvirket foreldre spesielt, sier hun.

KOST OG NYTTE

Gjennom hele pandemien har myndighetene gjort kost/nytte-vurderinger knyttet til tiltak som blant annet begrenser enkeltindividets frihet, sett opp mot hva som tjener helsevesenet og smittesituasjonen.

– *Hva tror du er den riktige balansen mellom kost og nytte når du ser hvor store konsekvenser en karantenesituasjon kan ha for foreldre?*

– Det er åpenbart en vanskelig avveining. På nedstengingstidspunktet var det et svakt kunnskapsgrunnlag og lite forskning på konsekvensene av så inngripende tiltak på befolkningens psykiske helse. Fokuset på smittevern har i stor grad trumfet alt. Først nå i etterkant begynner vi å se konturene av de reelle konsekvensene nedstengingen hadde for barn og familier, og hvilken pris barn og unge har betalt, sier hun.

Johnson forteller videre at det i fagmiljøene har vært spesielt stor bekymring knyttet til hvordan barn i sårbare og belastede familier har hatt det, og særlig barn i førskolealder som har opplevd vold, omsorgs-svikt og overgrep hjemme.

– Det er krevende å forske på dette feltet og finne gode data som gir et godt bilde av problemområdet. Vi har nå igangsatt en studie som skal kartlegge registerdata fra politi og barnevern, for å undersøke omfanget og innholdet i anmeldelser og meldinger til disse to instansene, både før, under og etter nedstengingsperioden. En slik studie vil fange opp viktig informasjon også om de aller minste barna, påpeker Johnson. Hun tror kunnskapen og erfaringene samfunnet tilegner seg fra denne pandemien, vil få konsekvenser for hvordan vi organiserer samfunnet hvis en lignende situasjon oppstår en gang i framtiden.

– Da vil noe av det viktigste vi gjør som samfunn, være å etterstrebe å holde barnehager og skoler åpne. For mange familier er skole og barnehage en arena som fungerer som en svært viktig beskyttelsesfaktor, avslutter Sinkerud Johnson. ✘

Om studien

- Prosjektet er en del av «Norwegian COVID-19 Mental Health and Adherence Project». Forskere som har bidratt i tillegg til Sinkerud Johnson: Nora Skjerdingsstad, Sverre Urnes Johnson, Omid V. Ebrahimi og Asle Hoffart.
- Blant 2868 deltagende foreldre fant man at mødre, sammenlignet med fedre og foreldre med flere barn rapporterte om betydelig mer foreldrestress under nedstengingsfasen.
- Foreldre som rapporterte å ha en psykiatrisk diagnose (16 %), opplevde høyere grad av foreldrestress sammenlignet med foreldre uten en diagnose.
- 1/4 av foreldrene rapporterte at de følte seg utbrent
- 24 % og 25 % av foreldrene rapporterte om symptomer på henholdsvis depresjon og angst over grenseverdi.
- Yngre foreldre (21-30 år) rapporterte om de høyeste nivåene av angst- (38 %) og depresjonssymptomer (38 %).
- 29 % av foreldrene oppga at de var mer sinte på barna sine under nedstengingsfasen sammenlignet med tidligere.

”

Det terapeutiske
arbeidet er under
hele prosessen holdt
i en konsultativ
ramme

EVIDENSBASERT PRAKSIS

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2021 S. 108-117 FAGFELLEVDERT

VIGDIS WIE TORSTEINSSON^{1,2}, FINN BERG², KARIN ETHOLM², KJERSTI KVÆRNE²,
MARTE NILSSON², SANNE SVOREN², ANNETTE SYVERSTAD² og TRINE TORBERGSEN²

¹ Regional seksjon spiseforstyrrelser, OUS-HF

² Familiebehandlingspoliklinikken, BUPA, SiV

KONTAKT uxtvig@ous-hf.no

INTENSIV FAMILIEBEHANDLING FOR FAMILIER MED BARN OG UNGDOM MED ALVORLIGE SPISEFORSTYRRELSER

I denne artikkelen presenterer vi hovedtrekkene i familiebasert terapi for barn og unge med alvorlige spiseforstyrrelser.

Sara kom første gang til BUP 14 år gammel sammen med sin familie: foreldrene og lillebroren på 11. Hun ble henvist fra fastlegen, som skrev at hun var tydelig deprimert, og hadde utviklet spisevansker. Fastlegen forteller videre: Sara går på ungdomsskolen, har alltid vært flink på skolen, er en aktiv langrennsløper med ganske store, men adekvate ambisjoner om å gjøre det bra i langrennssport – det uttrykker i hvert fall treneren hennes. Hun har et par gode venninner som hun har kjent siden barnehagen. Sommeren før nesten ett år siden ble hun syk og fikk treningsforbud i noen uker. Dette gjorde henne urolig og utilpass. Hun holdt seg mer for seg selv, tok ikke så mye kontakt med andre, ble stillere og tristere. Mor forsøkte å snakke med henne, men fikk ikke så mye ut av det. Etter hvert begynte mor også å legge merke til at Sara spiste mindre, sa stadig at hun ikke var sulten, at hun ville ha

ABSTRACT

Intensive family treatment for families with children or adolescents with severe eating disorders

The field of therapeutic work with children and adolescents with severe eating disorders received new guidelines in 2017. The preferred treatment is a specific therapeutic method aimed directly at the eating disorder symptoms (Family Based Therapy, or FBT). A manual was developed for outpatient work. Between 10 and 40% of adolescents with severe eating disorders have a poor outcome of outpatient treatment and need more intensive interventions. In this article, we discuss the efficacy of intensive family therapy offered by family centres in mental health care for children and adolescents as a supplement to outpatient care. The article describes the main ingredients of the intensive treatment, and reports some of the results from three qualitative studies that shed light on the families' own perceptions of its efficacy.

Keywords: adolescents, children, eating disorders, family therapy, intensive care

MERKNAD Eksempelet er konstruert på grunnlag av arbeid med mange familier. Forfatteren har avgitt signert interessenkonfliktskjema og oppgir ingen interessenkonflikter.

»



Foreldrene opplever ofte skyld, håpløshet, bekymring og handlingslammelse, noe som kan virke negativt inn på deres evne til å hjelpe sin ungdom

annen mat enn den hun alltid hadde likt. Foreldrene er svært bekymret, det er blitt mye krangling ved måltidene, og lillebror, som først prøvde å hjelpe foreldrene ved å mase på Sara om å spise, er blitt stille og redd for å skape enda flere vanskelige situasjoner.

SPISEFORSTYRRELSENS INNVIRKNING PÅ FAMILIEN

I løpet av 2017 fikk vi nye retningslinjer for klinisk arbeid med alvorlige spiseforstyrrelser (<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>). I 2018 kom også et pakkeforløp for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser hos barn og ungdom i spesialisthelsetjenesten (<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/spiseforstyrrelser-hos-barn-og-unge>). Behandlingen skal primært bestå av familiebasert terapi (FBT) spesifikt rettet mot spiseforstyrrelser.

Spiseforstyrrelser er en svært alvorlig tilstand og debuterer som oftest i ungdomsalderen. Den kan fremtre på forskjellige måter, som vegring (anoreksi), som overspising etterfulgt av oppkast for å kvitte seg med effekten av maten (bulimi) eller bare overspising (Lock & Le Grange, 2013). Ungdommer knytter også meninger om hva som er verdifullt, sunt eller vakkert til sin måte å forholde seg til maten på, og oppfatter ofte forholdet til kropp og mat som et identitetsprosjekt (Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005). Spiseforstyrrelser har alvorlige følger for ungdommens liv, med sosial isolasjon, depresjon og marginal interesse for andre områder i livet som de alvorligste psykologiske konsekvensene. Familien som helhet er belastet med konflikter, isolasjon, slitenhet og sosiale og økonomiske omkostninger (Zabala et al., 2009). Alle spiseforstyrrelsene innebærer en uttalt fare for somatiske komplikasjoner, noen også med potensielt dødelig utfall. Dersom ungdommen (eller familiene) ikke raskt får kvalifisert hjelp, ligger det en betydelig fare for at spiseforstyrrelsen utvikler seg til en langvarig eller kronisk tilstand (Lock et al., 2015).

FAGLIG GRUNNLAG

Familiebasert terapi (FBT) ble først utviklet ved Maudsley Hospital i London (Eisler, 2005) og senere videreutviklet og manualisert av James Lock og Daniel Le Grange (2013). FBT-manualen er en poliklinisk intervensjon, med møter fordelt over 20 uker. Behandlingen er en integrasjon av en rekke familieterapeutiske metoder som er basert på en relasjonell forståelse av tilfriskning fra psykiske vansker, først og fremst strategisk, strukturell, systemisk, dialogisk/ samarbeidsorientert, løsningsfokusert terapi og narrativ praksis (Eisler, 2015). Fra strategisk og løsningsorientert terapi har man hentet vekten på fremtid og unntak, uten å fokusere på potensielle årsaker. Strukturelle strategier bidrar til å styrke foreldrenes posisjon og handlekraft som de viktigste hjelperne for sitt barn. Den systemiske spørreformen gjør alle til kompetente og viktige deltakere, og danner grunnlaget for dialoger som åpner for ny mening og nye handlingsmuligheter. Fra narrativ praksis hentes prinsippet om eksternalisering, hvor man introduserer et skille mellom person og problem, i denne sammenhengen mellom ungdom og spiseforstyrrelse. Eksternaliseringen gjøres samtidig med et aktivt arbeid for å finne unntak og skape en felles front i familien mot spiseforstyrrelsen. Det terapeutiske arbeidet er under hele prosessen holdt i en konsultativ ramme: som i den dialogiske, samarbeidsorienterte familieterapien er terapeuten en bidragsyter til dialoger som gjør det mulig for familien

å mobilisere sine egne ressurser. Begrunnelsen for den konsultative holdningen er å hindre kronifisering ved at familien og pasienten ikke blir avhengige av en ekspert som holder spiseforstyrrelsesproblematikken under kontroll. I stedet arbeider man aktivt med å øke familiens og pasientens ressurser for å utvikle egen handlekraft.

FBT er også faseinndelt. I Fase 1 retter terapeutene innsatsen mot å sette foreldre i stand til å sikre ernærings situasjonen og skape en somatisk trygg utvikling for ungdommen. Dette skjer ved å støtte foreldrene i å bryte mønstre av spiseforstyrret atferd knyttet til mat og måltider (Couturier et al., 2013). Studier har vist at foreldreatferd med fokus på tidlig vektøkning er viktig for å sikre et godt utfall av behandlingen (Doyle et al., 2009; Le Grange et al., 2014; Robinson et al., 2012). Fase 2 har vekt på å gi ungdommen gradvis tilbake kontrollen over sitt matinntak. Fase 3 er viet generelle utfordringer i familier med ungdommer som kan ha hatt innflytelse på opprettholdelsen av spiseforstyrrelsen (Lock & Le Grange, 2013). Det viktigste temaet i denne fasen er kanskje spørsmålet om tilbakefall, som henger sammen med tillitsforhold og ansvarlighet hos de ulike familiemedlemmene. Men også temaer som selvfølelse, forhold til venner og kjærester sammen med generell håndtering av prestasjonspress dukker ofte opp i samtalen.

Sykdommen påvirker familielivet. Foreldrene opplever ofte skyld, håpløshet, bekymring og handlingslammelse, noe som kan virke negativt inn på deres evne til å hjelpe sin ungdom (Eisler, 2005; Eisler et al., 2015). Å få familien – og særlig foreldrene – til å bli en ressurs i arbeidet mot spiseforstyrrelsen (Downs & Blow, 2011; Månsson et al., 2016) er den viktigste suksessfaktoren i FBT.

Effekten av behandling med FBT er vist gjennom flere randomiserte, kontrollerte studier. En metaanalyse av behandlingseffekt målt 6 og 12 måneder etter avslutning av terapien konkluderer med at familiebasert terapi (FBT) er den behandlingsformen som har best effekt på spiseforstyrrelsene (Couturier, 2013) sammenlignet med ulike individuelle terapiformer, blant annet CBT og egoorientert terapi. FBT anbefales derfor som førstevalg for behandling av barn og ungdom med anoreksi og lignende spiseforstyrrelser både i norske og internasjonale retningslinjer (NICE, 2017).

Spiseforstyrrelser er en sammensatt tilstand med både somatiske og psykologiske elementer. Behandlingsmålene må derfor omfatte både kroppslige og psykologiske faktorer. I FBT er reduksjon av undervekt det første målet, deretter legger behandlingen i større grad vekt på kognitive og emosjonelle aspekter. Internasjonale studier tyder på at 50–70 % av ungdommer som tilbys FBT, oppnår normal vekt i løpet av et år, og at cirka 40 % også er uten kognitive symptomer (Lock et al., 2010). Sara og hennes familie ble i tråd med retningslinjens anbefalinger henvist til spiseteamet på BUP-poliklinikken for ukentlige familiesamtaler. Til tross for at foreldrene gjorde det de kunne for å lage faste rammer rundt måltidene, gikk Sara ikke opp i vekt. Måltidene var fortsatt preget av store konflikter, og foreldrene klarte ikke å bli enige om hvordan de skulle forholde seg til måltidene. Sara uttrykte etter hvert både mer fortvilelse og sinne. Foreldrene ga tydelig uttrykk for at de trengte mer hjelp enn en eller to poliklinikktimer i uka. Mangelen på vekttoppgang ble også et viktig signal til behandlerne om at tiltakene som ble satt i verk, ikke var tilstrekkelige.

Til tross for at poliklinisk FBT er definert som den mest virksomme intervensjonen, trenger mange familier intensivt behandling. Tallene viser altså at for mellom 30 og 50 % av familiene kreves det ytterligere tiltak. Hvilke intensive tiltak finnes, og hvordan legges det til rette for de tiltakene som finnes i pasientens omgivelser? Hvordan blir disse tiltakene en ressurs i det samlede behandlingstilbudet for familier med en ungdom med spiseforstyrrelser? En oversiktsartikkel (Richards et al., 2017) peker på stor variasjon i de tilpasningene som har vært forsøkt. Og i tråd med prinsippene for kunnskapsbasert praksis – hvordan inkluderes lokal klinisk ekspertise og familiens preferanser i de samlede tiltakene mot spiseforstyrrelsen?

I den internasjonale forskningslitteraturen uttrykkes et behov for å tilpasse kjerneelementene i FBT til mer intensive behandlingsformer (Murray et al., 2015). Et viktig poeng er å skape en kjede av behandlingsintervensjoner som arbeider ut fra den samme forståelsesrammen, selv om de modifiseres med utgangspunkt i behandlingsnivå og behandlingssammenheng (Murray et al., 2014).

Vår arbeidskontekst er en Familiebehandlingsspoliklinikk (tidligere familieenhet), eta- »

blert i 1984 som en del av psykisk helsevern for barn og ungdom i 1970–80-årene, da denne tjenesten ble bygd opp rundt om i landet (Sommerchild & Moe, 2005). Ved BUPA, Sykehuset i Vestfold HF, møter vi blant annet behovet for mer intensiv hjelp gjennom et fire ukers opphold ved familiebehandlingspoliklinikken. Sara og familien får og aksepterer et tilbud om et slikt opphold, hvor hele familien deltar i ulike daglige samtaler i en periode på fire uker. Vår felles målsetting er at de skal komme seg ut av de vanskelige og konfliktfylte situasjonene som oppstår rundt familiens måltider, slik at foreldrene kan sikre en forsvarlig ernærings-situasjon for sin datter.

Enheten behandler familier med forskjellige problemstillinger, men har i mange år hatt spesiell kompetanse på behandling av spiseforstyrrelser. Enheten er tverrfaglig bemannet, blant annet med psykologer, kliniske sosionomer og overlege. Alle har gjennomført familieterapiutdanning, flere har mastergrad i familieterapi. Den intensive familiebehandlingspoliklinikken har også et nært samarbeid med spisebehandlingspoliklinikken, døgnetenheten for ungdom og med somatisk barneavdeling.

FAGLIGE GRUNNHOLDNINGER

Vårt familieterapeutiske arbeid har søkt å skape en balanse mellom den strukturelle, den systemiske og den dialogiske, samarbeidende familieterapeutiske tradisjonen (Berg, 2013). Den strukturelle metoden har hovedfokus på familiehierarkiet, og har klare grenser mellom systemer og subsystemer (Minuchin & Fishman, 1985). Saras foreldre skal bli trygge voksne som tar kampen mot spiseforstyrrelsen, selv om Sara som en følge av spiseforstyrrelsen protesterer ved å gråte, kjeft og kaste mat. De sentrale elementene i den systemiske tradisjonen er hypotesedannelse, sirkulær spørring og nøytralitet. Den sirkulære spørreformen er sentral fordi den skaper rom for ny informasjon om relasjoner og forskjeller i familien samtidig som den engasjerer flere familiemedlemmer i hvert spørsmål (Selvini Palazzoli et al., 1980). Mor kan for eksempel få spørsmål om hva far gjør når han klarer å hjelpe Sara med å spise det hun trenger til lunsj. I tillegg kommer bruken av reflekterende team (Andersen, 1994) med et ekstra bidrag til å øke mangfold av tanker og ideer rundt problemer og mulige løsninger. Vi bru-

ker også spillrom og et reflekterende team i foreldre- og familiesamtalene. Den dialogiske, samarbeidsbaserte holdningen understreker den terapeutiske ikke-vite-posisjonen: Det er klientene som er eksperter på sine liv, terapeutenes rolle er konsultativ. Elementer av narrativ praksis gjennom et systematisk arbeid for å skille ungdommen fra spiseforstyrrelsen sammen med utviklingspsykologisk kunnskap er også viktige innfallsvinkler. Den faglige basen er dermed i stor grad sammenfallende med prinsippene i FBT.

RAMMER OG INNHOLD I BEHANDLINGEN

Intensiv behandling ved vår familieterapeutiske enhet kjennetegnes av en stram struktur. Et team er sammen med familien i felles og separate dialoger og på flere arenaer hele dager i en behandlingsperiode på fire uker. Før oppstart formulerer en målsettinger for samarbeidet. Saras foreldre ønsket å bedre sitt samarbeid rundt måltidene gjennom å øke den felles forståelsen av hva som trengs. Saras lillebror ville slippe å involvere seg i kranglene i familien. Sara ønsket å få tilbake mer selvstendighet i livet sitt, for eksempel å kunne delta mer på skolen. Det er også viktig at familiens historie i helsevesenet blir beskrevet (hva har vært nyttig / mindre nyttig så langt), og at en tar for seg unike aspekter ved den enkelte families strev med spiseforstyrrelsesproblematikken (Whitney et al., 2012).

FAMILIESAMTALENE

Familiesamtalene gjennomføres 4 ganger i uka, i økter på 1½ time. Symptomfokuset som er sentralt i den første delen av en behandlingsprosess mot spiseforstyrrelser, tilsier at den viktigste målsettingen er å skape rammer for at foreldrene sikrer maten og måltidene for ungdommen. Dette er et budskap som familien allerede har fått gjennom den polikliniske kontakten. I behandlingens innledning er fokus rettet mot hva spiseforstyrrelsen gjør med familiesamspillet, og hva som hindrer foreldrene i å utøve denne omsorgen overfor sin ungdom.

I dialogen med familien legges det stor vekt på å skille mellom personen (ungdommen) og problemet (spiseforstyrrelsen). Denne eksternaliseringen kan representere en stor utfordring. Ungdommen opplever ofte det minimale matinntaket som sitt eget prosjekt, noe en selv

sterkt ønsker, et uttrykk for en egen vilje. For foreldrene, og for oss som behandlere, er det viktig at det som kjennetegner spiseforstyrrelsen, ikke behandles som kjennetegn ved ungdommen. Men disse dialogene krever omhu og ettertanke, slik at vi ikke underkjenner det ungdommene opplever som en del av sin identitet.

Det er derfor viktig at den eksternaliserende holdningen hos terapeutene er nært knyttet til historiene om spiseforstyrrelsens virkning på familien og familiesamspillet. Dette er som oftest virkninger som ikke er ønsket av noen av familiemedlemmene. Sara kan også være enig i at det er trist at spiseforstyrrelsen hindrer henne i å delta i sosiale sammenhenger sammen med venner og familie. Gjennom å utforske virkningen på familien åpnes også samtale om familiens og de enkelte familiemedlemmenes innflytelse på spiseforstyrrelsen, og historier om unntakene. Fins det situasjoner hvor foreldrene tar styringen, hvor spiseforstyrrelsen ikke styrer ungdommens og familiens handlinger? For foreldrene er eksternaliseringen viktig for å samle seg til kamp mot spiseforstyrrelsen (Robinson et al., 2012).

Spiseforstyrrelsen utløser mange sterke følelsesmessige reaksjoner hos de ulike familiemedlemmene. Foreldrene opplever at de er parkert på sidelinjen, handlingslammede og frustrerte. De går fort inn i forskjellige posisjoner rundt hvordan spiseforstyrrelsen skal håndteres, og mister dermed muligheten til å fremstå som et sterkt og samlet team som i fellesskap bekjemper spiseforstyrrelsen. Ungdommen med spiseforstyrrelse opplever situasjonen som et intenst krysspress, med de sterke ønskene om å beholde spiseforstyrrelsen og å bevare en syltynn kropp på den ene siden og det klare kravet om et forsvarlig matinntak på den andre. Spiseforstyrrelsens logikk er å skape splittelse. Å skape grobunn for en samtale om samhold, om engasjement i et felles anliggende, om den gjensidige kjærligheten og omtanken blir viktige overskrifter. Søsken, som ofte føler seg marginalisert i familien, får snakke om sine bekymringer, men også representere normalitet og gleden ved et vanlig hverdagsliv. Derfor er temaet «bryte sirkler» sentralt og blir ofte nevnt når familier i behandling skal beskrive hva som har vært nyttig for dem i løpet av en terapiprosess.

Familiesamtalene er dermed det viktigste forumet for å bygge opp under familien som et fellesskap, men hvor alle har forskjellige posisjoner. Spørsmålet om forholdet mellom ulike familiemedlemmer, hvem som kan bestemme hva, opplevelser av samhold, kjærlighet, og hvordan man formidler at alle familiemedlemmene ønsker det beste for hverandre, er derfor av sentral betydning. Diskusjoner om forholdet mellom kontroll og omsorg er sentralt, og dukker opp i mange forkledninger. Som mottiltak mot splittelser og konflikter byr de kjente familieterapeutiske arbeidsformene på viktige innfallsvinkler. Sentrale systemiske arbeidsmåter som triadiske spørsmål, hypotesetestende spørsmål og fremtidsrettede spørsmål legger alle vekt på å øke samhold og å arbeide frem en felles meningskontekst. På spørsmål om hvordan hun hadde opplevd at foreldrene ikke brydde seg om at hun spiste mindre og mindre, kan Sara svare at hun kanskje ville ha tenkt at «de ikke brydde seg så mye om henne», til tross for at hun protesterer høylytt når de involverer seg i måltidene. I samtale representerer dette en «motgift» mot de splittelsene som spiseforstyrrelsen skaper innad i familien. Historier om fortiden, og historier om fremtiden er også gode måter å møte utfordringene på. Felles historie bidrar til å skape nødvendige skiller mellom ungdommen og

”

Å få familien – og særlig foreldrene – til å bli en ressurs i arbeidet mot spiseforstyrrelsen er den viktigste suksessfaktoren i FBT

»

spiseforstyrrelsen. Forskjellen mellom før og nå kan være bidrag til å ta stilling til nåtiden med spiseforstyrrelsens makt og innflytelse, og en ønsket utvikling for fremtiden.

Refleksjonene er i stor grad kunnskaps- og temabaserte, og springer ut av den kunnskapen vi har om spiseforstyrrelser. Familiemedlemmene kan dermed ta stilling til om dette er relevante kunnskapskilder for dem. Særlig foreldrene, men også søsken og ungdommer verdsetter at vi deler relevant kunnskap med dem (Sundet, 2011). Gjennom presentasjonen av modeller, tegninger, historier eller psykoedukasjon kan familien fortsatt velge hva de tar med seg og synes er nyttig, samtidig som de beholder den viktige terapeutiske muligheten i å få være i lytteposisjon og ikke måtte respondere eller ta stilling til det teamet sier. Tilbakemeldingene fra familiene er svært ofte at de opplever denne typen refleksjoner som nyttige og gjerne vil ha mer av dem.

FORELDRESAMTALENE

En familieenhet med et intensivt behandlingstilbud legger større vekt på foreldrearbeid sammenlignet med poliklinisk familieterapi (Robinson et al., 2012). Daglige foreldresamtaler gjennomføres mens barna i familien deltar på enhetens skoletilbud.

Foreldre reagerer selvsagt ulikt på å bli stilt overfor den utfordringen som en alvorlig spiseforstyrrelse er (Zabala et al., 2009). De fleste foreldre har kjeftet, grått, bønnfald, argumentert – kort sagt brukt alle de strategier de føler at de har til disposisjon for å endre en håpløs situasjon (Svensson et al., 2013). Fristelsen til å gi etter for press fra spiseforstyrrelsen og dermed tilpasse seg spiseforstyrrelsens krav er konstant til stede: Saras mor sier at «det er vel bedre at hun spiser litt enn at hun ikke spiser noen ting!» Redselen for å skape forverring tynger alle foreldre.

Foreldrenes handlekraft og evne til å fungere som en motkraft til spiseforstyrrede handlingsmønstre viser seg å være den viktigste prognostiske faktoren for utfall av behandlingen (Robinson et al., 2012). Større handlekraft hos foreldrene predikerer raskere vektoppgang (Byrne et al., 2015; Ellison et al., 2012). Økt innsats overfor foreldrene som en utvidelse av FBT gir en statistisk signifikant bedring i foreldrenes selvrappørterte handlekraft og deres psykologiske strev (Robinson et al., 2012; Richards et al., 2017). Et utvidet foreldretilbud gir også bedre resultater målt gjennom ungdommens tilfriskningsprosess (Lock et al., 2015).

Foreldre og måltidsmestring

Våre behandlingsrammer inneholder fire ukentlige samtaler med foreldrene, uten barn til stede. Mange foreldre har behov for å utvikle spesifikke ferdigheter og mestringsstrategier for å håndtere svært vanskelige måltids-situasjoner. Saras far formulerte seg slik: «Hadde noen vært flue på veggen hos oss da, må de ha trodd vi var helt gale. Ei hylende lita jente og foreldre som tigger og ber, gjør alt for at hun skal greie å putte fem erter til i munnen.»

Vår erfaring er at det er noen fellestrekk ved foreldres håndtering av måltider som er mer hjelpsomme enn andre (White et al., 2015). «Foreldrekompasset» er et nyttig visuelt verktøy i dialog med foreldre for å bidra til økt foreldremestring i måltidene. Dialog om «Kompasset» kan bidra til å tydeliggjøre både den kunnskapen vi har om hva som er nyttig hjelp, og gi foreldre mulighet til å stake ut retningen de ønsker å bevege seg i.

Foreldrekompasset

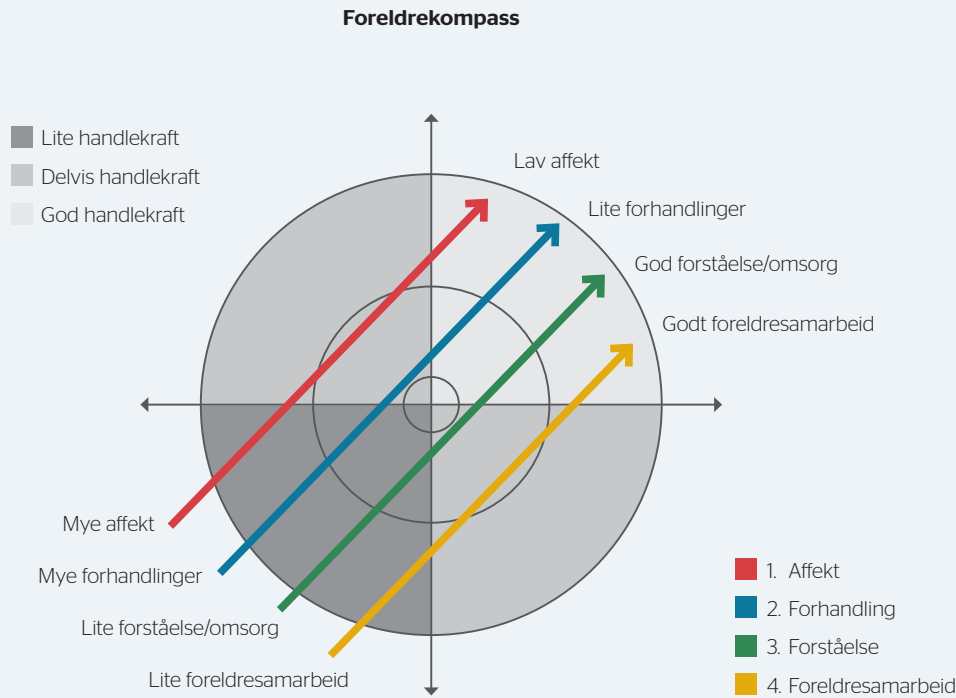
Kompasset består av 4 dimensjoner:

1. Fokus på foreldrenes affekter i måltidet: Det er naturlig og forståelig å kjenne både redsel, sinne, irritasjon, fortvilelse, apati og oppgitthet i måltidsituasjoner med et familiemedlem med en spiseforstyrrelse. De fleste ungdommer med en spiseforstyrrelse vil ha et høyt indre stress- og angstnivå når de skal spise, og ytre ro og trygghet hos de som skal hjelpe, gir økt sjanse for at ungdommen spiser.
2. Fokus på forhandlinger om hva som skal spises: Kjøreregler for foreldrene er at de ikke skal forhandle om hva som skal spises under måltidet, dette er bestemt i forkant. Foreldrene kan i foreldresamtalene eksperimentere med ulike måter å forholde seg på, og evaluere effekten i påfølgende foreldresamtaler.
3. Fokus på å formidle omsorg og forståelse: Det er en krevende foreldreoppgave å formidle omsorg og forståelse når konfliktene rundt måltidet er store. En gjennomgående eksternaliserende holdning til sykdommen gjør det lettere for foreldrene å skille mellom sykdom og ungdom og bli mindre anklagende og negative til barnet sitt.
4. Fokus på foreldresamarbeid: For mange foreldrepar er det nyttig å være i en samtalekontekst hvor de vet de kan få tatt opp eventuelle uenigheter, og å ha et rom for å snakke om vanskelige og negative følelser uten ungdommen til stede.

En spiseforstyrrelse utfordrer alle foreldre på disse områdene, og når «spiseforstyrrelsen» har fått mye makt og er den «sterkeste», er man som foreldre ofte blitt dratt til venstre, nedre del av kompasset. Måltidssituasjonen er preget av forhandlinger om hva som skal spises, sterke affekter hos foreldrene, lite omsorg og forståelse for ungdommens situasjon og med mye uenighet mellom foreldrene. Kompasset kan hjelpe foreldrene til å reflektere over egen rolle, og tydeliggjøre hvilken retning man ønsker å bevege seg i. Saras mor sa det på følgende måte: «Jeg klarer å holde meg rolig, men jeg forhandler nok altfor mye. Jeg ser at far fort blir sint og fortvilet, men han er bedre til å unngå meningsløse «pingpong»-diskusjoner om hva som skal spises og ikke spises.»

FAMILIENES TILBAKEMELDINGER

I løpet av 2012–2013 ble det ved vår familieenhet gjennomført tre etterundersøkelser med systematiserte tilbakemeldinger fra foreldre og ungdom-

**FIGUR 1**

Foreldrekompasset. I området nederst til venstre får spiseforstyrrelsen mye makt og foreldrene lite handlekraft. Målet er å bevege seg mot området øverst til høyre, hvor spiseforstyrrelsen får mindre makt og foreldrene større handlekraft.

mer fra i alt 15 familier. To av undersøkelsene fokuserte på foreldreerfaringer gjennom kvalitative intervjuer før og etter det intensive oppholdet (Berg, 2013; Kværne, 2014). I den tredje undersøkelsen la en vekt på ungdommens perspektiv (Torbergson, 2013).

Foreldrene ble intervjuet ved oppholdets begynnelse og avslutning. Ved oppstart beskrev alle foreldrene at de strevde med å håndtere døtrenes vanskeligheter, noe som igjen skapte store konflikter. Problemene de strevde med å håndtere, var tvangsproblematikk, spiseforstyrrelser, selvskading og utagering verbalt og fysisk. Et annet fellestrekk var at gode intensjoner fra foreldrenes side ble oppfattet som irettesetting.

Sammenfattet viser undersøkelsene at 1) foreldrene endret problemforståelse, 2) dialogene og samarbeidet i familien ble endret, og 3) foreldrene fylte forelderrollen på en mer ledende og adekvat måte, blant annet gjennom å klare å beholde roen i vanskelige situasjoner. Foreldrene rapporterte om større mestringsfølelse, bedre samarbeid og positive forventninger til fremtiden. Videre fant vi at foreldrene endret holdning til hvem som eide problemet: En far i etterundersøkelsen oppsummerte at «hjelp til henne er jo noe som innbefatter hjelp

til hele familien – det er jo vi i sammen som i bunn og grunn har utfordringer!»

Ungdommens perspektiv ble belyst gjennom en kvalitativ undersøkelse hvor 5 jenter i alderen 15 og 16 år ble intervjuet ved slutten av de fire ukene (Torbergson, 2014).

Alle opplevde en forskjell i måten familien forholdt seg til hverandre på før og etter oppholdet. Dette knyttet de i stor grad til endringer hos foreldrene.

Når for eksempel pappa ble sinna fordi jeg ikke spiste, ble jeg lei meg og følte det var min skyld at jeg ødela ... jeg tynget mamma og pappa, som igjen gjorde det vanskelig for meg Etter hvert begynte pappa å spørre om jeg tenkte sånn og sånn, er det sånn og sånn det kjennes ut? Det er en veldig stor forskjell, og det har skjedd her. Før påstod de hvordan jeg har det, nå stiller de spørsmål istedenfor.

Anna, 15 år

Mamma virker på en måte mer oppmerksom ... Hun snakker også på en annen måte, hun har på en måte blitt mer bestemt.

Ina, 15 år >>

”

Internasjonale studier tyder på at 50–70 % av ungdommer som tilbys FBT, oppnår normal vekt i løpet av et år

De (mamma og pappa) lærte at det ikke hjalp å kjeftte eller smelle under spisingen, det ble litt roligere under måltidene ... Det blir ikke så mye krancling utenom heller ... Jeg er tryggere i forhold til maten, vi kan spise sammen nå.

Berit, 16 år

Det viktigste funnet i undersøkelsene er at alle familiemedlemmene beskriver forskjeller i familiens samhandlingsmønstre etter oppholdet. Foreldrene ble tryggere og håndterte måltidene uten kjefting og krancling. Ungdommene opplevde at forståelse fra tryggere foreldre i fastere rammer gjorde spisesituasjonen lettere. Dette førte igjen til at det ble lettere for ungdommene å legge ned større egeninnsats i arbeidet mot spiseforstyrrelsen.

Når våre familier forteller om færre konflikter og bedre samhandling, er dette en parallell til Wallis og medarbeideres undersøkelse fra 2017, der de intervjuet 28 foreldre og 16 ungdommer fra familier som har hatt godt utfall av FBT-behandling. Suksessfaktorene i disse behandlingsforløpene har vært at foreldrene har fått mer trygghet som autoriteter i familien, som igjen har skapt tillit og trygghet hos ungdommene, slik at de har kunnet engasjere seg i behandlingsprosessene. Alle familiemedlemmene i denne undersøkelsen forteller om større nærhet, bedre kommunikasjon og bedre selvfølelse hos ungdommene, de samme vir-

kningsfulle faktorene som familiemedlemmene i våre undersøkelser uttrykker. Det gir dermed grunnlag for konkrete hypoteser om at bruk av familieenheter kan være en viktig ressurs i arbeidet med å hjelpe familier med ungdom rammet av en alvorlig spiseforstyrrelse.

KONKLUSJON

I denne artikkelen har vi pekt på at de norske familieenheter kan være gode tilskudd til intensivering av behandling for spiseforstyrrelser hos barn og ungdom. De kan bidra til at familiene raskt får intensiv behandling som i stor grad er basert på de samme prinsippene som poliklinisk FBT, men med flere familie-samtaler og et større fokus på foreldreintervensjoner ved å styrke foreldrefunksjonen samtidig som man arbeider systematisk med samhandlingen i familiene. En fire ukers familieintervensjon kan gjøre at en unngår langvarige polikliniske forløp som ikke ivaretar behovet for et forsvarlig næringsinntak, og som dermed gir økt risiko for kronifisering. I tillegg vil de i større grad enn døgneheter kunne direkte bistå foreldre med å få økt trygghet når det gjelder å ivareta den somatiske og psykologiske helsen til barna sine. Familieenheter sørger for gode tiltakskjeder hvor de virksomme elementene i den kunnskapsbaserte behandlingsformen videreføres. På denne måten kan vi sikre lokal forankring og god utnyttelse av våre ressurser i det videre utviklingsarbeidet. ✕

REFERANSER

- Andersen, T. (1994). *Reflekterende prosesser: Samtaler og samtaler om samtalerne*. København: Dansk psykologisk forlag.
- Berg, F. (2013). «Å se seg selv utenfra og barnet innenfra». En undersøkelse av foreldre i intensiv familierapi, med fokus på om relasjonene i familien endres [Masteroppgave i familiebehandling, HiOA, Fakultet for samfunnsfag, Oslo]. https://oda.oslomet.no/bitstream/handle/10642/1832/Berg_Finn.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Byrne, C.E., Accurso, E.C., Arnow, K.D., Lock, J. & Le Grange, D. (2015). An exploratory examination of patient and parental self-efficacy as predictors of weight gain in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 883–888. <https://doi.org/10.1002/eat.22376>

- Couturier, J., Kimber, M., Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3–11.
- Downs, K.J. & Blow, A.J. (2011). A substantive and methodological review of family-based treatment for eating disorders: the last 25 years of research. *Journal of Family Therapy*, 35(suppl. 1), 3–28.
- Doyle, P.M., Le Grange, D., Loeb, K. & Doyle, A.C. (2009). Early response to family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 659–662. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.20764>
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27, 104–131.
- Eisler, I., Wallis, A. & Dodge, E. (2015). What's new is old and what's old is new. The origins and evolution of eating disorders family therapy. I K. Loeb, D. Le Grange & J. Lock (red.), *Family therapy for adolescent eating and weight disorders. New applications*. New York: Routledge.
- Ellison, R., Rhodes, P., Madden, S., Miskovic, J., Wallis, A., Baillie, A. & Touyz, S. (2012). Do the components of manualized family-based treatment for anorexia nervosa predict weight gain? *International Journal of Eating Disorders*, 45, 609–614.
- Helsedirektoratet (2017). Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Keski-Rahkonen, A. & Tozzi, F. (2005). The process of recovery in eating disorder sufferers' own words: An internet-based study. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S80–S86. <https://doi.org/10.1002/eat.20123>
- Kværne, K. (2014). «Å spille hverandre gode». En kvalitativ undersøkelse av foreldres opplevelser fra intensiv familierapi i et samarbeids- og helsefremmende perspektiv. HiOA, Fakultet for samfunnsfag, Oslo.
- Le Grange, D., Accurso, E.C., Lock, J., Agras, S. & Bryson, S.W. (2014). Early weight gain predicts outcome in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 47(2), 124–129. <https://doi.org/10.1002/eat.22221>
- Lock, J. & Le Grange, D. (2013). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa. A Family-Based Approach* (2. utg.). New York: Guilford Press.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W.S., Fitzpatrick, K.K., Jo, B., Accurso, E., Forsberg, S., Anderson, K., Arnow, K. & Stainer, M. (2015). Can adaptive treatment improve outcomes in family-based therapy for adolescents with anorexia nervosa? Feasibility and treatment effects of a multi-site treatment study. *Behavioral Research Therapy*, 73, 90–95. <https://doi.org/10.1016/brat.2015.07.015>
- Minuchin, S. & Fishman, H.C. (1985). *Family therapy techniques*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Murray, S.B., Anderson, L.K., Rockwell, R., Griffiths, S., Le Grange, D. & Kaye, W.H. (2015). Adapting family-based treatments for adolescent anorexia nervosa across higher levels of patient care. *Eating Disorders*, 23, 320–314. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1042317>
- Månsson, J., Parling, G. & Swenne, I. (2016). Favorable effects of clearly defined interventions by parents at the start of treatment of adolescents with restrictive eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 49(1), 92–97. <https://doi.org/10.1002/eat.22379>.
- NICE guideline. (2017). *Eating disorders: recognition and treatment*. NG69. London.
- Richards, I.L., Subar, A., Touyz, S. & Rhodes, P. (2017). Augmentative approaches in family-based treatment for adolescents with restrictive eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 26, 92–111. <https://doi.org/10.1002/erv.2577>
- Robinson, A.L., Strahan, E., Girz, L., Wilson, A. & Boachie, A. (2012). 'I know I can help you': Parental self-efficacy predicts adolescent outcomes in family-based therapy for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 21, 108–114. <https://doi.org/10.1002/erv.2180>.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1980). "Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session." *Family Process*, 19, 3–12.
- Sommerschild, H. & Moe, E. (2005). *Da barnepsykiatrien kom til Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sundet, R. (2011). Collaboration. Family and therapist perspectives on helpful therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1752-0606.2009.00157.x>
- Svensson, E., Nilsson, K., Levi, R. & Suarez, N.C. (2013). Parent's experiences of having and caring for a child with an eating disorder. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 21, 395–407. <https://doi.org/10.1080/10640266.2013.827537>
- Torbergson, T. (2015). *Ungdommers opplevelser etter intensiv familierapi med fokus på endring av samhandlingsmønstre i familiens og ungdommens eget strev* [Masteroppgave i familiebehandling, HiOA, Fakultet for samfunnsfag, Oslo]. <https://oda.oslomet.no/handle/10642/1827>
- Wallis, A., Rhodes, P., Miskovic-Wheatley, J., Madden, S. & Touyz, S. (2017). Relational containment: exploring the effect of family-based treatment for anorexia on relationships. *Journal of Eating Disorders*, 5, 27. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0156-0>
- White, H.J., Haycraft, E., Madden, S., Rhodes, P., Miskovic-Wheatley, J., Wallis, A., Kohn, M. & Meyer, C. (2015). How do Parents of Adolescent Patients with Anorexia Nervosa Interact with their Child at Mealtimes? A Study of Parental Strategies used in the Family Meal Session of Family-Based Treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 72–80. <https://doi.org/10.1002/eat.22328>
- Whitney, J., Murphy, T., Landau, S., Gavan, G., Whitaker, W. & Treasure, J. (2012). A practical comparison of two types of family intervention: An Exploratory RCT of Family Day Workshops and Individual Family Work as a Supplement to Inpatient Care for Adults with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(2), 142–150. <https://doi.org/10.1002/erv.1076>. Lastet ned 20.10.2017.
- Zabala, M.J., Macdonald, P. & Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 17, 338–349. <https://doi.org/10.1002/erv.925>

Epistemisk mistillit

«Hvorfor tror jeg ikke på det du sier?»

TEKST Kristin Alve
Glad, stipendiat ved
Nasjonalt kunnskaps-
senter om vold og
traumatisk stress

KONTAKT
k.a.glad@nkvts.no

ILLUSTRASJON
Andreas Lund

FOR AT VI skal kunne lære av våre erfaringer med andre mennesker, inkludert terapeuten vår, trenger vi *epistemisk tillit* (Allison & Fonagy, 2016). Dette er tilliten vi har til kunnskapen vi får gjennom våre interaksjoner med andre. Epistemisk tillit ligger altså til grunn for den sosiale læringen vi tilegner oss, dersom vi opplever at andre mennesker kan være en pålitelig og relevant kilde til informasjon om oss selv og vår sosiale verden (Fonagy & Allison, 2014). Uten dette vil man ikke oppleve det andre mennesker sier, eller på annen måte formidler, som sant (Allison & Fonagy, 2016). Dette er svært aktuelt i terapirommet: Dersom klienten har lav epistemisk tillit, vil alle situasjoner der hens (negative) forventninger ikke blir bekreftet, bli avvist som unntak – og klientens nye erfaringer i terapi får liten eller ingen effekt.

FRYKT FOR Å SKUFFE

Elise, en kvinne i slutten av 30-årene, kom til meg fordi hun kjente seg utrygg i sine relasjoner til andre mennesker. Så lenge hun kan huske, har hun både forventet og fryktet at andre ville bli svært sinte på eller skuffet over henne dersom hun gjorde noe feil. I timene våre forteller Elise at hun daglig bruker mye energi på å forsøke å forhindre at hun vekker slike følelser i andre. Et lite stykke ut i terapien blir forventningen hennes om at andre

vil bli skuffet dersom hun gjør noe «feil», aktualisert mellom oss. Elise avlyser vår tiende time fordi hun har vært gjennom en operasjon hos tannlegen. Gitt problematikken hennes bestemmer jeg meg for å utforske hvordan denne situasjonen var for henne, i den påfølgende timen:

– *Du får beskjed om at du må operere ut visdomstannen din, og så sitter du der og tenker: «Shit, nå må jeg sende en mail til Kristin og avlyse neste time.»*

– Ja ... og: «Hva tenker du nå?» Uff.

– *Ja, hva tenkte jeg da – tenker du?*

– Jeg tenkte at du tenker: «Men du kan vel komme hit dagen etter at du har trukket en visdomstann», (...) så jeg var sånn: Kanskje jeg bare skal stappe i meg masse smertestillende og komme? For da visste jeg enda ikke hvor vondt det var etterpå. Og så tenkte jeg at du synes det var dumt at vi fikk et opphold i samtalen.

– *Mmm.*

– Det syntes jeg jo selv; men jeg fikk dårlig samvittighet overfor *deg*, ikke overfor *meg*. Ja, og så tenkte jeg ... uff ... jeg synes det er flaut å si,





men jeg tenkte at du kanskje kunne tenke at jeg er useriøs i forhold til det vi jobber med, siden jeg måtte avlyse.

– *Hm.*

– Det er det som er sårest, at du skal tenke at jeg ikke er ...

– *Investert.*

– Ja, at jeg ikke er engasjert nok i det. (...)

– *Det så ut som du ble lei deg, er det noe ... eller var det feil?*

– Den relasjonen her er viktig for meg. Så jeg tenker at hvis jeg skuffer deg, så ødelegger jeg liksom litt av relasjonen vår, ja (ler). Det er ubehagelig, ass!

DEN TERAPEUTISKE RELASJONEN

Gjennom å utforske klientens opplevelse av oss (terapeuten), kan vi få et bilde av deres underliggende relasjonelle forestillinger og forventninger. Her blir terapeuten ikke en som «vet»,

men heller en som kan bruke sin teoretiske kunnskap og kliniske erfaring til å prøve å forstå det som skjer (Binder, 2006). Ifølge Merton Gill (1982) får klienten gjennom dette arbeidet muligheten til å gjenoppleve gamle følelser og forventninger fra tidligere relasjoner, samtidig som hen møtes med en helt annen respons. Nettopp her ligger den terapeutiske muligheten for endring. I tråd med dette mener jeg at Elise vil kunne ha stor nytte av å få et innblikk i hva jeg faktisk tenkte og følte da hun avlyste timen vår. Jeg bestemmer meg derfor for å spørre om hun vil høre om min umiddelbare reaksjon:

– *For jeg kan jo si min reaksjon, hvis du vil ha den?*

– Ja, den vil jeg gjerne ha, men jeg kjenner at jeg får vondt i magen når du skal si den, men kjør på.

»

- *Jeg ser at du blir urolig.*
- Ja, jeg kjenner det i kroppen – det er litt som muntlig eksamen når du skal gå inn og få karakteren.
- *Hva det er som skjer inni deg nå?*
- Jeg tenker: «Hva om noe av det jeg tenkte var sant!», «Hva om noe av det jeg tenkte at du tenkte faktisk stemmer.» For da stemmer kanskje det jeg tenkte om alle andre i ganske mange situasjoner.
- *Hm.*
- Tenk om jeg hadde rett! Det er det som kommer først. Jeg skal kjenne hva annet som kommer. Ja, ikke bare det om jeg har rett, men: «Hva om du er skuffet over meg nå? Hva om du er skuffet!» Ah. Det er ganske ekkelt.
- *Fordi?*
- Det får jeg ikke helt tak i ... et eller annet, hvis du er skuffet ... jo, jeg tror – hvis du er skuffet over meg – hvorfor skal du gidde å sitte her sammen med meg da?
- *Ja.*
- Og den [tanken] er skikkelig vond.

Elise blir urolig når jeg sier at jeg kan dele min reaksjon på noe hun har «gjort». Hun er redd for at de negative forventningene hun frykter, skal bli bekreftet. Hun er redd for at jeg skal bli skuffet – og antar at dersom jeg blir det, vil jeg ikke «gidde» å møte henne mer. Dette illustrerer hvordan klientens indre bilder av seg selv og andre, samt klientens forventninger til relasjonen, spilles ut i forholdet til terapeuten (Gullestad, 2006). Den terapeutiske relasjonen er på denne måten et fabelaktig mikrokosmos som gir terapeuten en unik mulighet, ikke bare til å forstå klientens problematikk, men også til å hjelpe vedkommende (Kahn, 1997). Tanken er at jo mer klienten ser og opplever hvordan disse gamle, ubevisste kreftene påvirker forholdet hens til terapeuten, og hvordan de påvirker og former interaksjonen med andre mennesker, jo mindre påvirkningskraft vil de ha (Kahn, 1997).



Den terapeutiske relasjonen er et fabelaktig mikrokosmos

«JEG TROR DU FAKER»

Elises frykt for at jeg skal bli skuffet over en «feil» hun har gjort, blir også aktualisert i en senere time, da hun blir forsinket til timen vår på grunn av trafikkproblemer. Elise har tidligere uttrykt at dersom hun blir forsinket, er hun usikker på om jeg faktisk vil tro på henne når hun forteller om årsaken til at hun kommer for sent, så jeg bestemmer meg for å utforske dette nærmere:

- *Du ser at bussen ikke kommer, og skjønner at du trolig kommer for sent til timen. Du står der, ser for deg meg, og så ser du for deg at jeg er litt sånn: «Jeg tror ikke på deg»; jeg er skeptisk.*
- Jeg har ikke sett deg så direkte for meg, tror jeg... Jeg ser ikke et bilde av deg, med mimikk og kroppsspråk, jeg ser for meg *regnskapet* ditt.
- *Ja, ok.*
- For selv om jeg ser deg og snakker med deg, og du ser ut som at du tror på dette, og dette ser greit ut, så tenker jeg at det lagres. Jeg tror at jeg har satt en kvote inn i deg, at du lagrer det på en sånn: «For sen igjen!»
- *Da har jeg en kvote.*
- Ja, og den kvoten tror jeg at jeg plasserer inn i folk – at man sitter og oppsummerer, pluser og minuser, og til slutt så gidder man ikke mer med en person.
- *«Nå ble det mye minus.»*
- Ja. Og så tenker jeg at det er ikke noe du egentlig trenger å gi uttrykk for i det hele tatt. Jeg tror det er det som gjør det så vanskelig her – for du kan sitte og smile og si at: «Det går fint!», men idet jeg går ut herfra, så er du skuffet eller irritert på meg.
- *For jeg er ikke helt ærlig med deg.*
- Nei, for du oppfører deg høflig overfor meg, men så når jeg går, så tenker du: «Fy søren – igjen!», og da er det litt vanskelig, for da sitter jo du her og smiler ...
- *Og det er jo umulig for deg da, å vite, hvis jeg sitter og sier: «Nei da, det går bra!»*
- Ja.
- *Men egentlig, inni mitt indre, der har jeg regnskapet.*
- Ja, jeg har ikke vært bevisst nok på at det er det som gjør det så utrolig vanskelig å bryte; hvis jeg alltid tenker om folk at de kanskje faker ...

Elise ser altså ikke for seg *meg* når hun blir stresset over at hun vil komme for sent til

timen vår: Hun ser for seg regnskapet mitt og en kvote som hun har plassert inn i meg. Hun tror ikke helt på meg når jeg avkrefter forventningen hennes. Jeg tenker at det i løpet av livet må ha vært svært mange situasjoner der Elise har forventet sinne og/eller skuffelse, men ikke blitt møtt med dette (f.eks. i møtet med meg). Disse erfaringene har likevel ikke hatt en utslagsgivende påvirkning på hennes forventninger til andre. Ifølge Allison og Fonagy (2016) vil mennesker med lav epistemisk tillit avvise alle tegn på at forventningene de har til andre ikke stemmer, som falske. I tråd med dette tror Elise at jeg faker når jeg sier at det går bra at hun kommer for sent på grunn av kollektivtransporten.

«HVOR KOMMER TVILEN FRA?»

Jeg skjønner at det er svært viktig at jeg klarer å være ærlig i denne situasjonen, jeg kan ikke si at jeg ikke ble skuffet da hun kom for sent. For det er ikke sant, jeg ble litt skuffet. *Men*, jeg har et sterkt inntrykk av at vi har veldig forskjellige forståelser av min skuffelse. Jeg tenker derfor at det er viktig at jeg deler min erfaring med henne. Jeg forteller at jeg ble litt skuffet da hun kom for sent, men at skuffelsen min ikke handlet om noe hun hadde gjort – men om det faktum at vi mistet tid sammen – og at det ikke ville ha noen negative konsekvenser for vår relasjon. Elise svarer:

– Det er ikke et alternativ i mitt hode – det er fordi *jeg har gjort noe galt*, at du blir skuffet, og så blir du skuffet over *meg*, ikke for at vi ikke får hatt hele timen sammen. Og så sitter jeg og tenker: Hvorfor tror jeg ikke på dine følelser? Hvorfor tror jeg ikke på det når du sier det ...? Og så begynner jeg å tenke: Hvor har jeg det fra da? Fordi jeg tenker at du gir ganske tydelige signaler på at du synes det er hyggelig når vi snakker sammen – og at det går greit hvis jeg for eksempel kommer for sent – så hvor kommer da den tvilen fra, som jeg har på generell basis?

Jeg ser at Elise blir forvirret når vi snakker om dette; hun bemerker at det virker som at jeg trives sammen med henne – og at jeg verken uttrykker sinne eller skuffelse når hun kommer for sent. Likevel tviler hun på sannhetsgehalten i det jeg sier. Dette er en tvil hun ikke bare har overfor meg, men også utenfor terapirom-



Hun ser for seg regnskapet mitt og en kvote som hun har plassert inn i meg

met. Elise har med andre ord lav epistemisk tillit. Følgelig blir alle situasjoner der hennes (negative) forventninger kunne blitt avkreftet, avvist som unntak eller fake. På denne måten opprettholdes mistilliten.

KORRIGERENDE ERFARINGER?

I løpet av samtalene våre har jeg fått et inntrykk av at Elise har vært så overbevist om at forestillingene hennes stemmer (om at andre vil reagere med sinne og/eller skuffelse), at hun har blitt overveldet av sine egne reaksjoner i mange situasjoner – og følgelig ikke har registrert det når de *ikke* har blitt bekreftet. Jeg bestemmer meg for å utforske dette nærmere:

– *Jeg skulle tro at din forventning om at andre skal bli skuffet eller sinte, ofte ikke har blitt bekreftet – men at kanskje din forventning om og frykt for en slik reaksjon er så sterk at den har overskygget – sånn at du ikke har fått en læring av det?*

– Ja. Jeg husker en episode på skolen – da jeg hadde glemt kalkulatoren og hulket resten av mattetimen – da husker jeg at læreren hadde en helt annen reaksjon enn hva jeg hadde forventet. Hun sa: «Men dette går fint.» Men det er ikke det jeg husker fra den episoden! Det jeg husker er den *ekstreme* frykten idet jeg gikk opp til henne for å fortelle at jeg hadde glemt den – det var så ille at jeg hulket i et fullt klasserom. – *Ikke sant, så det er det du lærte av det; du gjorde en «feil» og konsekvensen var kjip og vond og sterk og synlig for alle. Og jeg tipper at det er veldig mange episoder der du ikke har blitt møtt med det du forventer, men at disse erfaringene likevel ikke har endret dine forventninger.*

– Nei. Det er mer lettelse; overraskelse nesten. Det er det jeg tenker; at jeg ble overrasket. Nå blir jeg ikke så overrasket hvis jeg havner i sånne situasjoner lenger, jeg blir mer lettet. Jeg blir lettet og tenker at jeg slapp worst case scenario – men jeg tenker ikke at det er sånn det skal være. Jeg tenker at det er et *unntak*. »

Elises epistemiske mistillit forstyrrer muligheten hennes til å lære av sine interpersonlige erfaringer. Ettersom hun ikke tror på sannhetsgehalten i det hun opplever i møtet med andre, opprettholdes de negative forventningene, og alle potensielt korrigerende relasjonelle/emosjonelle erfaringer (se Ekroll & Rønnestad, 2017) – der andre *ikke* reagerer med sterkt sinne/skuffelse, både i og utenfor terapirommet – har ingen effekt. Et sentralt spørsmål er følgende: Hvordan kan jeg fasilitere epistemisk tillit (eller følt sannhet) hos Elise?

HVORDAN FREMME TILLIT?

Da Elise måtte avlyse timen vår fordi hun skulle operere ut en visdomstann, og jeg sa at jeg ville fortelle henne hvordan jeg faktisk reagerte, var hun veldig redd for at jeg skulle være skuffet. Sannheten er at jeg *ble* skuffet. Jeg syntes derfor det var utfordrende å ordlegge meg, der og da, om denne skuffelsen, på en slik måte at det ble forstått «riktig», samtidig som jeg opplevde at det var viktig å gi henne – og selvfølgelig være ærlig om – min reaksjon. Jeg sa følgende:

– Det jeg tenkte da jeg fikk mailen din, var ikke: «Du skulle kommet likevel», men: «Jeg håper hun er i form igjen til neste time». Men så, ehm ... selvfølgelig, det du hadde rett i ... for jeg må jo være ærlig ... jeg synes jo selvfølgelig at det var dumt. Jeg synes jo det er fint å møtes hver uke, og nå har det vært litt ferie og sykdom.

Ettersom jeg visste at Elise var spesielt var for å vekke skuffelse hos andre, var det viktig for meg å utforske hennes opplevelse av at jeg uttrykte nettopp dette:

– *Hvordan var det for deg å høre at jeg synes at det var dumt?*
 – Jeg skjønner hva du mener.
 – *Og kjenner du hva jeg mener?*
 – Ja, det gjør jeg, fordi nå ser jeg at du tenker veldig over hvilke ord du bruker, sånn at jeg ikke skal tolke det feil (er) ja – fordi – jeg er enig i at det er dumt – og du klarer å si det til meg nå, og jeg klarer å stole på at du tenker at det er tingen som er dumt, ikke *jeg*, ikke min handling.

Elise merker seg at jeg veier mine ord nøye når jeg skal fortelle hvordan jeg opplevde mailen



Elises epistemiske mistillit forstyrrer muligheten hennes til å lære av sine interpersonlige erfaringer

hennes. En slik nøling kan selvsagt bli oppfattet som at jeg prøver å finne på noe – altså det kan vekke en følelse av at jeg ikke snakker sant – men, kanskje som følge av vår gode relasjon, tolker hun meg ikke dithen. Elise sier at hun *tror på meg* når jeg forteller at jeg ble skuffet over at hun måtte avlyse timen, men at dette ikke handlet om en «feil» hun hadde gjort, men heller det faktum at vi mistet tid sammen. Dette tenker jeg var et lite, men viktig skritt på veien mot økt epistemisk tillit. Videre tror jeg at når Elise gradvis skjønner at de negative forventningene hun har til andre, ikke nødvendigvis alltid stemmer, vil dette føre til at hun ikke lenger blir så overveldet av sin egen reaksjon (frykt/skam/skyld) når hun tror at hun kan ha gjort noe «feil». Dette igjen vil gjøre det mulig for henne å fange og utfordre forestillingene sine i interaksjonen med andre (dvs. vurdere i hvilken grad forventningene hennes blir bekreftet eller avkrefte), som så vil bidra til å fremme tilliten hennes til andre.

AVSLUTTENDE KOMMENTAR

Ifølge Allison og Fonagy (2016) er erfaringen med å forstå og bli kjent med seg selv i terapi ikke et mål i seg selv, men *tilliten* som ligger til grunn for denne erfaringen – i møtet med terapeuten – er svært viktig, fordi den åpner opp for at klienten kan lære om sin sosiale verden og finne bedre måter å leve i den på. Derfor er et viktig mål i terapien nettopp å fasilitere epistemisk tillit, som igjen kan tilde sosial læring (dvs. at klienten kan lære av sine mellommenneskelige erfaringer). Når vi blir mer åpne for å ta imot kunnskap fra omgivelsene våre, vil vi kunne navigere i det sosiale landskapet på nye, gjerne mer adaptive måter. ✕

REFERANSER

- Fonagy, P. & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy, 51*(3), 372–380.
- Allison, E. & Fonagy, P. (2016). When is truth relevant? *The Psychanalytic Quarterly, 2*, 275–303.
- Ekroll, V.B., & Rønnestad, M.H. (2017). Process and changes experienced by clients during and after naturalistic good-outcome therapies conducted by experienced psychotherapists. *Psychotherapy Research, 27*(4), 450–468.
- Binder, P.E. (2006). Før og nå – forståelsen av overføring i den relasjonelle psykoanalysen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 43*(9), 917–924.
- Gill, M. (1982). *Analysis of transference. Volume I: Theory and Technique*. International University Press.
- Gullestad, S.K. (2006). Arven fra Freud. *Nytt Norsk Tidsskrift, 4*, 317–330.
- Kahn, M. (1997). *Between Therapist and Client: The New Relationship*. W. H. Freeman & Company.

FORSKNINGSNOTISER

Større selvmordsrisiko med ASF

Mennesker med autismspekterforstyrrelser (ASF) har mer enn tre ganger så høy risiko for selvmordsforsøk og selvmord enn befolkningen som helhet. Det viser en landsomfattende dansk studie som omfattet over 6,5 millioner mennesker fra tiårsalder og oppover i perioden 1995 til 2016. Resultatene viste at forekomsten av forsøk på selvmord var 266,8 per 100 000 for mennesker med ASF og 63,4 for totalbefolkningen. Studien antas å være den første i sitt slag. En mulig årsak til koblingen mellom ASF og selvmord kan være sosial isolasjon og begrensninger i adgang til helsehjelp, heter det i artikkelen, som er publisert i JAMA Network Open. Mer enn 90 prosent av dem med ASF som forsøkte å ta sitt eget liv, var diagnostisert med psykisk lidelse (f.eks. angst og affektive lidelser). Disse faktorene er det viktig å være

klar over for fagfolk som skal vurdere selvmordsrisiko hos mennesker med ASF, anbefaler forskerne bak artikkelen.

REFERANSE

Kölves, K., Fitzgerald, C., Nordentoft, M. et. al. (2021) Assessment of Suicidal Behaviors Among Individuals With Autism Spectrum Disorder in Denmark. *JAMA Network Open* 2021;4(1):e2033565. <https://doi:10.1001/jama-networkopen.2020.33565>

KAT bedre enn yoga mot angst

Kognitiv atferdsterapi er mer effektivt enn yoga i behandlingen av angstlidelse (general anxiety disorder). Konklusjonen trekkes etter en randomisert kontrollert studie der 226 voksne med angstlidelser ble inndelt i to grupper. Den ene fikk behandling med KAT, den andre med såkalt Kundalini yoga. Behandlingen strakte seg i begge tilfeller over 12 uker. Begge intervensjonene hadde effekt, men studien konkluderer med at KAT bør være førstevalget ved angstlidelser.

REFERANSE

Simon, N.M.; Hofmann, S. G., Rosenfield, D. (2021) Efficacy of Yoga vs Cognitive Behavioral Therapy vs Stress Education for the Treatment of Generalized Anxiety Disorder A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(1):13–20. <https://doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.2496>

FOTO: STIAN SØRHEIM ESPEVOLL



MARIA LØVVIK NORHEIM er leder for Fagetisk råd i Norsk psykologforening og spesialist i barne- og ungdomspsykologi. I de neste utgavene er hun en av flere som vil svare på fagetiske spørsmål fra leserne våre.

Er barnefaglig sakkyndige psykologer dårligst i den fagetiske skoleklassen?

Slik kan det i hvert fall se ut når vi kikker på oversikten over klager som behandles i fagetisk råd. I 2019 handlet 35 av våre 42 klagesaker om slikt arbeid. Langt de fleste omhandler foreldretvister. Altså saker der foreldre går rettens vei for å avklare forhold rundt samvær med og ansvar for barna sine. Statistikken for 2020 er ikke ferdig, men det er ikke mye som tyder på at trenden der er veldig annerledes.

Det er en liten andel av medlemmene i Norsk psykologforening som arbeider med barnefaglig sakkyndighet. De langt fleste jobber med terapi – enten i eller utenfor offentlig virksomhet. I 2019 hadde vi sju klagesaker fra dette feltet.

For ordens skyld: Jeg har ingen grunn til å tro at sakkyndige psykologer er verken dårli-

gere eller bedre på fagetikken enn psykologer flest. Feltet de arbeider i, er faglig og relasjonelt krevende og byr på mange utfordringer – også fagetiske. Å arbeide etter en høy fagetisk standard som sakkyndig byr på andre og mer komplekse utfordringer enn i terapeutisk setting.

Så hvorfor klages det så ofte på de barnefaglig sakkyndige psykologenes fagetiske praksis? Det er lett å forestille seg at terskelen for å klage kan være lav i konflikter om det som betyr mest i livet – barna dine. De som mener at psykologer har opptrådt på en fagetisk dårlig måte i en foreldretvist, opplever nok heller ikke tilgangen på andre kontroll- og klageorganer som god.

Når fagetisk råd behandler klagesaker, skal det ende med en konklusjon. Enten er de fagetiske prinsippene brutt, eller ikke. Klagebehandlingen reduserer den kompleksite-

FAGETISKE SPØRSMÅL?

Send dem til
etikk@psykolog-
tidsskriftet.no



ten fagetikken har, til et enten eller-spørsmål. Alt er skriftliggjort og formelt. Det er fint med en gjennomsiktighet og tydelig ramme. Den samme tydeligheten kan gjøre at konklusjonene kan brukes til å så tvil om psykologens vurdering totalt sett. Klager kan bruke våre konklusjoner som argument for å gjenoppta saken eller få en ny vurdering. Vi kjenner til at konklusjoner fra klagesaker brukes på denne måten i rettssystemene. Måten vi behandler klagesaker på, kan gjøre det attraktivt å klage i saker med høy konflikt.

I de langt fleste klagesakene vi behandler, konkluderer vi med at fagetikken ikke er brutt. Mange klagere blir skuffet. De gir uttrykk for at de hadde andre forventninger – ikke minst til at en fagetisk klage skulle ha en konsekvens for psykologen. Både klager og psykolog har lagt

igjen tid og krefter i en formalisert prosess som jeg påstår at sannsynligvis ikke fører til oppreisning eller forsoning, mye fordi klagegangen er for formell og stivbeint. Heller er det vel sannsynlig at konflikter kan fortsette. At vi i fagetisk råd kanskje bidrar til dette, er et fagetisk dilemma for oss.

For psykologene som klages inn, kunne tilbakemeldingen en klage i realiteten er, vært en mulighet til fagetisk refleksjon og læring. Men den formen klagebehandlingen har, kan hindre dette. Jeg synes det er på tide at vi endrer måten vi behandler klagesaker på, til en prosess som bedre ivaretar behovene til både klager og psykolog. Fagetisk råd bør ikke brukes først og fremst til formell behandling av klagesaker, slik det er i dag, men heller som en ressurs til fagetisk betraktning og veiledning. ✕

”

Jeg synes det er på tide at vi endrer måten vi behandler klagesaker på



FOTO: WIKIMEDIA COMMONS

Renessanse for psykedelika i terapi

Psilocybin, LSD og andre psykedelia ble i sin tid ansett for å være svært lovende i behandlingen av depresjon, angst og andre psykiske lidelser, men så senket stillheten seg over dette terapeutiske feltet. I sin podcast Speaking of Psychology har American Psychological Association lansert en episode som gjennomgår ny forskning på området. Tema er blant annet hvordan psykedelika kan tas i bruk for å behandle tilstander som depresjon, PTSD, og alkohol- og nikotinavhengighet. Sentral formidler er Roland Griffiths, ph.d., professor i psykiatri og atferdsvitenskap ved John Hopkins University School of Medicine. Podcasten er også transkribert.

Kilde: <https://www.apa.org/research/action/speaking-of-psychology/psychedelic-therapy>

Hvordan bekjempe konspirasjonsteorier

COVID-19 og presidentvalget i USA har gitt grobunn for et mangfold av konspirasjonsteorier som har hatt til dels alvorlige konsekvenser. I den nyeste episoden av podcasten Speaking of Psychology, som driftes av American Psychological Association, snakker Karen Douglas, ph.d ved University of Kent i Storbritannia, om hvordan konspirasjonsteorier oppstår, hvem som tror på dem, hvorfor teoriene er motstandsdyktige, og ikke minst hvordan de kan bekjempes. Både utdanningsnivå og narcissistiske trekk influerer på hvem som er mest sårbare for feilinformasjon. Douglas viser også til forsøk der det har vist seg nyttig som forsvarsverk mot konspirasjonsteorier å advare folk på forhånd mot at de vil kunne bli eksponert for feilinformasjon.

Kilde: <https://www.apa.org/research/action/speaking-of-psychology/conspiracy-theories>

Tung tid for de lite digitale

«En del av pasientene i psykisk helsevern har erfart at de digitale løsningene ikke er en dør som åpner seg, men en vegg de møter. Innholdet i problemstillingene er ofte av en sånn karakter at det kan være problematisk å oppleve hjelp og fremgang uten den dimensjonen som menneskelige treff bidrar med. (...) Det å eie et digitalt verktøy og få opplæring til bruk er en forutsetning for digital hjelp, og vi må bare erkjenne at denne hjelpen er lettere for noen grupper enn andre.»

Kilde: Tove Gundersen, generalsekretær i Rådet for psykisk helse, i Dagens medisin 14. januar, <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/01/14/styringsmalene-i-2021--endelig-prioriteres-psykisk-helse/>



FOTO: NORASJERDINGSTAD

Ny høringsrunde for tvangsloven

Helse- og omsorgsminister Bent Høie vil invitere til høring om gjennomføring av tvangsbegrensingsloven. Det fremgikk av sykehustalen 14. januar, der helsestadsråden fortalte hva han forventer av sykehusene og resten av spesialisthelsetjenesten i 2021. Forslaget til tvangsbegrensingslov ble lagt fram 18. juni 2019 og vil få konsekvenser for arbeidsmåtene i psykisk helsevern om det blir vedtatt. Loven inneholder blant annet forslag om rett til å reservere seg mot fremtidig behandling med legemidler for dem som tidligere har vært psykotiske og har blitt behandlet med antipsykotika, og forbud mot mekaniske tvangsmidler som beltelegging, tre år etter at loven trer i kraft. Før sommerferien vil Helse- og omsorgsdepartementet invitere til innspill om hva som skal til for å lykkes med lovendringene. I notatet vil det ifølge Høie framgå hvordan departementet vurderer lovforslagene.

Kilde: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2021/id2827149/>

Meninger



ILLUSTRASJON: STUDIO.G / SHUTTERSTOCK / NTB



Tre sviktende pilarer

Pasientens preferanser er ikke en del av idealet for beste praksis, slik dagens prinsipperklæring er formulert. På høy tid med en revisjon, mener Henrik Berg på side 132.

Grupper til ungdommen

Unge må få et psykisk helsetilbud tilpasset dem – ikke en kopi av det vi tilbyr voksne. Det er på tide å gi gruppeterapi for unge et nasjonalt løft, mener Synnøve Ness Bjerke med flere (s. 136).

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

DELTA I DEBATTEN

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

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

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

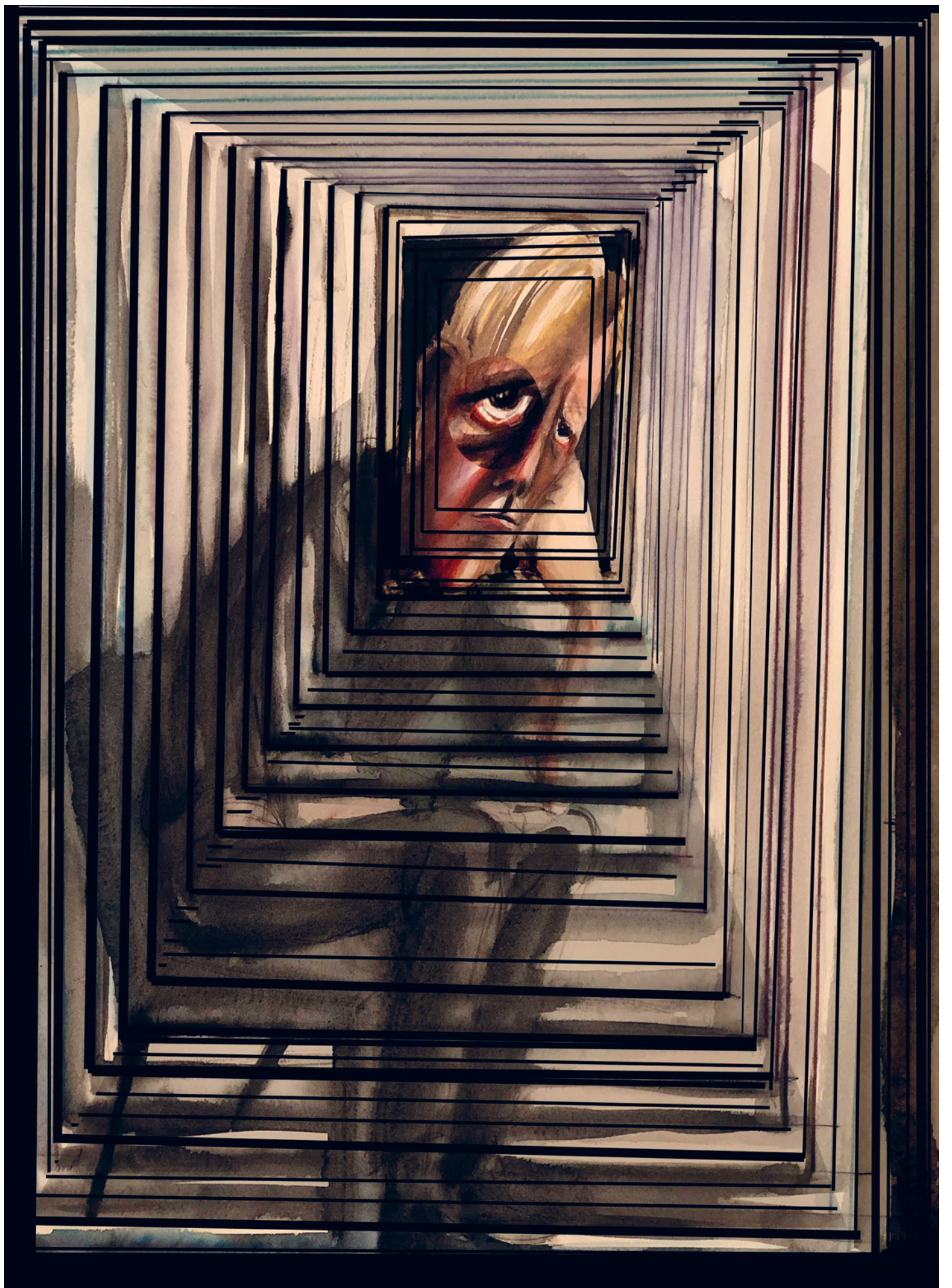
REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

HOVEDINNLEGG

Hovedinnlegg i Psykologtidsskriftet er en kronikk om en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 til 8000 tegn inkludert mellomrom.

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



En sakte invasjon

Gradvis mister vi kontrollen: Systemets standardiseringer invaderer våre tanker og teknikker og styrer terapien.

HER OM DAGEN hadde jeg en fin morgen. Det var kaldt, og ettersom det var klart vær, kunne jeg ta på meg en fin kåpe. Jeg pakket veska og dro ut i verden på vei til en arbeidsdag full av pasientavtaler. Det var ikke før jeg var fremme, at lystigheten plutselig forsvant. Jeg hadde ikke koden til kontoret. Derfor stod jeg på gata og fomlet da dagens første klient kom gående. Vi måtte tulle litt med min klossethet mens jeg ringte vaktmester og gravde i veska, der jeg også oppdaget at jeg hadde glemt pc-en.

Da vi endelig kom inn og fikk satt oss, var jeg ukonsentrert. Det var ikke rart. Jeg var uforberedt, og visste at jeg ikke fikk registrert noe hele dagen. Jeg ble forstyrret av tanken på at jeg ikke hadde oversikt over det som skulle skje i terapirommet. Ikke visste jeg hva jeg hadde skrevet etter siste møte, eller om eventuelle planer pasienten og jeg hadde laget. Var det noe jeg skulle følge opp? Hvor var vi i pakkeforløpet? Var det planlagt en evaluering? Jeg fikk heller ikke registrert oppmøtet direkte etter timen, slik det er påkrevet. De ytre kravene til effektivitet forstyrret oppmerksomheten mot det viktige møtet som skjedde rett foran meg. Og klienten var trøtt og snakket om kjedelige ting.

Plutselig slo det meg at den frustrasjonen jeg kjente på, var helt lik den jeg har når jeg ser eller leser noe surrealistisk. Du vet den følelsen når dine kognitive kategoriseringsbehov tar helt overhånd, slik at den blir viktigere enn selve opplevelsen. Helt bevisst erkjente jeg at denne

dagen ville bli helt annerledes enn vanlig. Det beste jeg kunne gjøre, var å være til stede som terapeut i rommet her og nå – kun være instrumentet, ikke systemet rundt meg.

GOD TERAPI GIR ENERGI

Jeg løftet blikket og la alle forventninger til side. Det eneste målet jeg hadde, var å høre på klienten, følge opp og speile, utforske og intervjue, helt uten å tenke på hva som var planen, og hvor vi skulle. Idet jeg beveget meg fra tanker om plikt og ansvar over til nysgjerrighet og oppmerksomt fokus, forsvant trøttheten fra klientens ansikt, et ansikt som åpnet seg ordentlig for første gang. Kroppen slappet av, og hun så på meg med inderlighet i motsetning til forsiktigheten noen minutter tidligere. Vi var på en reise, men ingen av oss visste hvor vi skulle, og det gjorde hele forskjellen. Det var ingen GPS, veibeskrivelse eller endestasjon. Det var bare oss, våre erfaringer og kunnskap og begrenset tid. Da timen var over og hun var på vei ut, snudde hun seg og sa: «Det var noe helt annet, det», mens hun smilte og gikk ut med ny innsikt og energi.

Jeg satte meg ned og skrev to-tre setninger om timen, og hadde ti minutter til stille kontemplasjon. Tok et eple, strakk meg, lot øynene hvile på et tre utenfor, og lot tankene bare flyte.

Da åtte timer var gått og jeg hadde delt dagen med disse syv menneskene, kjente jeg meg like energisk som da jeg startet. Den van-



TEKST Akiah Ottesen,
psykologspesialist,
ph.d

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

**PSYKISK
HELSEVERN**



lige trettheten etter en dag med klienter fantes ikke. Det var ingen tegn til frustrasjon, eller stress. Jeg kjente meg oppløftet og tilknyttet, til klienten, meg selv og verden utenfor.

Arbeidet var meningsfullt, men det kunne ikke måles. Jeg var ikke lenger styrt av de vanlige institusjonelle kravene. Måtte ikke følge opp en behandlingsplan, eller forsøke å lage en rett linje fra forrige time til neste på en vei mot tilfriskning (som om den veien er rett ...).

PARASITTEN

Jeg sitter med en institusjon i ryggen, som blir mer og mer opptatt av kvalitetssikring, tidsfrister og «riktige» vurderinger. Dette har gradvis blitt en integrert del av mine metoder og mitt fokus i terapien. Vi vet jo hvordan autoritær oppdragelse integreres i individet. Gradvis slutter man å stille spørsmål, og bare aksepterer kravene og forklaringene til «de voksne». Det er det enkleste og veldig pragmatisk. Man slipper konflikt, konfrontasjon og indre uro hvis man bare tar med seg premissene slik de blir lagt, og opererer deretter. «Sterke anbefalinger» blir gradvis til vaner og prosedyrer.

Selv om jeg har hatt en uttalt skepsis til standardisering innenfor behandling av psykisk lidelse, har jeg også måttet forholde meg til myndighetenes krav, og oppdager nå hvordan kravene gradvis har overtatt rattet i det terapeutiske rommet. Sneket seg inn som en slags parasitt, og begynt å styre tankene mine, intervensjonene og tidsopplevelse.

Etter årevis med erfaring, veiledning og innsiktsarbeid i terapeutiske prosesser ble jeg overrasket over i hvor stor grad retningslinjer nå styrte samtalen. Jeg ble skuffet og sint på meg selv, og vår profesjon. Irritert over at vi har latt dette skje uten særlig kamp. Jeg tenkte: Ettersom jeg er så bevisst endringene, ville det ikke påvirke mitt virke. Men mine opplevelser den dagen da jeg glemte pc-en, var en klar beskjed om at jeg tok feil, og jeg tror det gjelder flere enn meg.

Det vi gradvis mister kontroll over, er hvordan systemets standardiseringer blir en del av oss og endrer terapiformen. Akkurat som symptomfokuset og diagnosekravene har ført til en endring hos klienter. Der de før kunne komme til oss med alle mulige plager og interessante teorier om årsaken til sine opplevelser, klage på andre, og beskrive frie fantasier, er min erfaring at de fleste nå kommer med en sjekkliste av symptomer som de har funnet et sted på

nett. En kontrollert beskrivelse av patologi som samsvarer med diagnosemanualene og kartleggingsinstrumentene vi bruker, symptomene som fastlegen har spurt om, og som er beskrevet på internett. Det blir nesten ingen overraskelser, lite plass til det bisarre i det ubevisste eller kreative tolkninger av ens plager. Symptombeskrivelser fungerer som et filter, som alt presenteres og ses gjennom.

Nå sitter vi høflig i hver vår stol og er to standarder som snakker sammen. Den ene med mål om å fylle ut de rette skjemaene og gjøre de rette vurderingene. Den andre med mål om å føle seg bedre fra symptomene som det alltid spørres om. Dette endrer også tankegang om tilfriskning. At det handler om å bli kvitt symptomene og ikke nødvendigvis utforske konteksten plagene ble utviklet eller opprettholdes i.

Disse tankene hadde jeg hatt lenge. Men dagen uten journal, dagen med full profesjonell frihet, viste så tydelig at kreativiteten, nysgjerrigheten, interessen og de ubevisste følelsene og tankene lå rett under overflaten – bare det ble plass til dem. Jeg ble ikke sliten, klienten ble sett og vokste på det. Lidelse fantes, men fikk et annet, idiosynkratisk ansikt, som var lettere å eie enn at klienten forsøkte å presse seg inn i symptomforstyrrelser.

MÅLET MED STANDARDISERING

Vi vet ikke om økt standardisering gir bedre behandling. Vi vet bare at det gir økt standardisering, og at det gir stor gevinst for en liten gruppe av dem som trenger behandling. Robert L. Wears (2015) har skrevet fint om nettopp de utfordringene som finnes når vi standardiserer helsetjenester, og jeg deler hans refleksjoner med dere her.

Standardisering kan blant annet mangle spesifisitet; hva trenger vi å standardisere, egentlig? Og hvorfor? Et eksempel er psykiatriske diagnoser: De skulle standardiseres slik at det ble mulig å forske på lignende fenomen, både for å kunne forstå felles etiologi, og deretter gi bedre (eller i hvert fall lik) behandling. Det som begynte som «bottom-up»-observasjoner av enkeltmennesker, førte til kategorier som nå anvendes «top-down», og som lever sitt eget liv. Så, når klienten kommer til meg og beskriver sine symptomer, og til og med sin diagnose, er det som om de bruker grammatikk for å beskrive en hel roman. Grammatikk er viktig for at andre skal kunne forstå innholdet, men det er ikke historien. Akkurat som symptomer brukes for å kommunisere, men ikke *er* lidelsen.

Vi vet at symptomer mangler spesifisitet, har forskjellig etiologi og behandlingsbehov. Derfor gleder jeg meg over hver klient som forteller meg noe helt annet, nytt og personlig; som ikke er en del av standardbeskrivelsen på for eksempel bipolar lidelse, sosial angst eller ADHD. Og jeg for min del ønsker å kunne møte denne personen med en åpenhet som jeg ikke finner tilgjengelig innenfor institusjonalisert psykisk helsevern i dag.

Standardisering er også sterkt knyttet til noen filosofiske premisser som forstår verden som hovedsakelig lineær, og helt klart mulig å definere og forstå for oss mennesker. Menneskesinnet, og psykisk helsevern, er begge et komplekst selvorganiserende system med mange gjensidig avhengige elementer som kan endres av kontekst og situasjon, og som mangler klare grenser eller avslutning. Derfor er det nesten umulig å predikere hvilke veier et system vil ta. Overdreven standardisering kan føre til kaos, eller bivirkninger; her forstått som utilsiktede konsekvenser av en behandling som oppstår fordi vår forståelse av et fenomen er smal og feilbarlig.

Standardisering kan også gi trøst som en form for beskyttelse mot en virkelighet som er kaotisk og ubehagelig. Lure oss til å tro at vi har kontroll. Pakkeforløp for psykisk helsevern kan rett og slett forstås som en slags tvangsnevrose, der vi går oss vill i vårt eget forsvar (Berg, 2020). Altså at slike nye systemer tidvis er et forsøk på å roe de urolige uten noen klare gevinster overhodet. Man introduserer nye rammer for å dempe angst, og har en feilslutning om at det er det samme som kvalitet. Som alle psykologer vet, blir forsvaret i seg selv problemet.

Et annet mål med standardisering er at den på et vis skal være nøytral, og bli uavhengig av eksperter, sosiale eller politiske forhold, og gi en likeverdig tjeneste for alle. På tross av forsøk på å standardisere utredning og behandling, samt behandlingssystemet, er vi ikke i stand til å gi likeverdig helsetjenester til alle, spesielt ikke etniske minoriteter. Hva kommer det av?

Vel, av sosiale og politiske forhold så klart, som standardiseringen i mindre grad kan håndtere, fordi slike kontekstuelle forhold krever fleksibilitet, og ikke strengere rammer.

Standardisering antar at heterogenitet er noe vi ikke ønsker. Det kan være tilfelle når man skal lage pølser eller sy bukser. At man har noen typer som passer til de fleste, og med nok penger kan du få noe skreddersydd til akkurat deg. Men denne antagelsen kommer i konflikt med tre viktige aspekter ved den komplekse virkelige verden, beskrevet av psykiater William Ashby allerede i 1956. Han påstår at ethvert system må ha like mye variasjon som systemet det forsøker å kontrollere; at det kan være mange likeverdige, gode veier mot et mål; og at lig-

nende utgangspunkt kan resultere i svært forskjellige utfall.

VI ER MANGE OG STERKE

Det er ikke bare fordi jeg brenner for et likeverdig helsetjenestetilbud, at jeg setter spørsmålstegn ved økt standardisering. Vi ser tydelig hvordan mange faller utenfor rammeverket av regler og retningslinjer som er laget for å hjelpe folk. Hvis folk faller utenfor, har vi jo bomma, og det svekker vår profesjonelle integritet, og er energitappende. God terapi gir energi. Er det ikke da bedre å gi den til dem som lider, fremfor å bruke det på å tvinge menneskesinnet og våre profesjonelle handlinger inn i målbare kategorier?

I likhet med mange andre psykologer er jeg redd for at den kraftige forsterkningen av standardiseringen i psykisk helsevern har begynt å styre våre tanker og teknikker slik at den blir viktigere enn målet. Hvis jeg har fått beskjed om at diagnose må settes i løpet av tre timer, at jeg har bare tolv timer til behandling, at sosial angst skal behandles i gruppe, eller at førstevalg ved depresjon er kognitiv atferdsterapi – da har jeg ikke lenger mulighet til individuell tilpasning. Behandlingen er standardisert, og selv om det skulle vise seg at den ikke fungerer, så kan vi skylde på de voksne som bestemmer. Som en samlet profesjon har vi mulighet til å kreve endring i våre arbeidsbetingelser og retningslinjer. Vi er mange og sterke. Kanskje er det på tide at vi tar tilbake terapirommet, vi som faktisk vet hva som foregår der inne, og ikke overlater det til andre uten vår erfaring og innsikt. ❖



Jeg ble skuffet og sint på meg selv, og vår profesjon. Irritert over at vi har latt dette skje uten særlig kamp

REFERANSER

- Ashby, W.R. (1956). *An Introduction to Cybernetics*. Chapman & Hall Ltd.
- Ashby, W.R. (1958). Requisite variety and its implications for the control of complex systems. *Cybernetica*, 1(2), 83–99.
- Berg, A.O. (2020). Absurditeten i kontroll-byråkrati – eller når man går seg vill i seg selv. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1, 64–67.
- Wears, R.L. (2015). Standardisation and Its Discontents. *Cognition, technology & work (Online)*, 17(1), 89–94. <https://doi:10.1007/s10111-014-0299-6>

Psykologene trenger en ny prinsipperklæring

Prinsipperklæringen for evidensbasert praksis har svakheter som svekker psykologisk praksis og undergraver helsepolitiske mål. Psykologforeningen bør iverksette en revisjon.



TEKST

Henrik Berg,
psykolog og
vitenskapsteoretiker

PRINSIPP- ERKLÆRINGEN

PRINSIPPERKLÆRINGEN for evidensbasert praksis i psykologi er et forsøk på å angi rammene for beste psykologiske praksis. Vi har imidlertid ingen garantier for at en gitt prinsipperklæring angir gode rammer. Dermed bør prinsipperklæringer være gjenstand for kritisk søkelys. Dette har man etterlevd i medisin, der evidensbasert medisin har blitt revidert gjentatte ganger. Foreløpig har prinsipperklæringen for evidensbasert praksis i psykologi ikke blitt revidert. Det er det imidlertid på høy tid at den blir. Ved nærmere ettersyn er det nemlig flere problem med prinsipperklæringen.

INKONSISTENS

Konsistens er et ufravikelig krav i all argumentasjon. Enkelt sagt kan vi ikke bryte med de spillereglene vi forutsetter. Prinsipperklæringen for evidensbasert praksis i psykologi hevder å være en tredelt konstruksjon bestående av beste tilgjengelige forskningsevidens, klinisk ekspertise og pasientens karakteristikk, kultur og preferanser. I realiteten er den imidlertid ikke tredelt, men inneholder kun beste tilgjengelige forskningsevidens. Klinisk ekspertise og pasientens karakteristikk, kultur og preferanser er definert som vitenskapelige underkategorier. Konsekvensene er at den kliniske eksperten i realiteten ikke har myndighet til å omsette vitenskapelig kunnskap til kliniske handlinger, og at pasientens preferanser ikke er en del av idealet for beste praksis.

FEILKONSEPTUALISERING

Bruk av psykologisk kunnskap handler ikke om å ordne mekaniske systemer. Enhver bruk

av psykologisk kunnskap handler om å realisere et mål som er diskutabelt og individuelt. Dermed må vi også gjøre diskusjonen av målene til en del av psykologien. Vanligvis omtaler vi diskusjonen om hva som er godt og riktig, som etikk. Psykologiske praksiser er med andre ord anvendt etikk. I den nåværende prinsipperklæringen evalueres psykoterapiintervensjoner utelukkende på bakgrunn av vitenskapelig evidens. Vi bør definitivt diskutere om midlene våre er effektive, men det aller viktigste er tross alt målene. Dersom prinsipperklæringen hadde vært tredelt og inneholdt pasientens preferanser, ville vi kunne tenke oss et bredt spekter av ulike typer mål. For noen kunne det være å leve et mer uavhengig liv, for andre å utvikle flere sosiale relasjoner. For noen vil det viktigste være å finne strategier for å leve med de vanskene de har, mens det for andre vil kunne være symptomreduksjon. I tillegg gjenspeiler de ulike psykoterapeutiske skolenes etiske systemer. Forskjellene mellom disse må anerkjennes for en mer etterrettelig konseptualisering av hvilken type virksomhet psykoterapi faktisk er.

UFULLFØRTE RESONNEMENT

Et nøkkelord i prinsipperklæringen er integrasjon. Evidensbasert praksis i psykologi hevder å være integrasjonen av beste tilgjengelige forskningsevidens, klinisk ekspertise og pasientens karakteristikk, kultur og preferanser. Samtidig tematiseres ikke hva denne integrasjonen skal bestå i, og hvem som skal

FUNGERER IKKE

Prinsipperklæringen fremstår som en flaske med brukket hals, skriver Henrik Berg. For hva innebærer det egentlig å integrere erklæringens tre pilarer? Foto: MBLifestyle / Shutterstock / NTB Scanpix



foreta den, og hvilke kapasiteter vedkommende må besitte. Dette får prinsipperklæringen til å fremstå som en flaske med brukket hals. Integrasjonen må både ses i sammenheng med en mer etterrettelig konseptualisering av psykoterapi og en reelt tredelt modell.

UKLARHET

Prinsipperklæringen har på den ene siden en nokså omfattende forståelse av evidens. Flere ulike metodologier er inkludert i prinsipperklæringen. På den andre siden opereres det med et evidenshierarki for såkalte spesifikke intervensjoner. I evidenshierarkiet er RCT-er og lignende på toppen og klinisk observasjon på bunnen. Bakgrunnen for evidenshierarkiet er at disse metodene klart indikerer kausalitet. Det er imidlertid et omvendt proporsjonalt forhold mellom evnen til å si noe om kausale forhold under idealiserte betingelser og generaliserbarhet. Dette tilsier at man ikke burde ha et evidenshierarki. Man burde heller diskutere styrker og svakheter ved ulike design all den tid prinsipperklæringen har til hensikt å regulere praktisk bruk av psykologisk kunnskap.

EN BEDRE PRINSIPPERKLÆRING

Dette er de viktigste svakhetene i prinsipperklæringen. Det er ikke bare uheldig i møte med helsemyndigheter og andre yrkesgrupper, men svekker orienteringsevnen i den praktiske bruken av psykologisk kunnskap. Ettersom prinsipperklæringen påvirker de faglige diskusjonene, svekkes også disse. Det er ingen grunn til at psykologer og pasienter skal ta til takke med en såpass svak prinsipperklæring. Norsk psykologforening har en svært kompetent medlemsmasse, som kunne ha utformet en bedre prinsipperklæring. Mitt enkle forslag er at Norsk psykologforening setter sammen en komité for å evaluere og utbedre den nåværende prinsipperklæringen. ✕



Konsekvensene er at den kliniske eksperten i realiteten ikke har myndighet til å omsette vitenskapelig kunnskap til kliniske handlinger, og at pasientens preferanser ikke er en del av idealet for beste praksis

EN KATASTROFE På 1980-tallet fattet psykiatrien interesse for ME/CFS, og det har så langt vært en katastrofe for pasientene, skriver Nina E. Steinkopf i dette debattinnlegget. Foto: Magda Hueckel / Millennium / NTB Scanpix



Bør legge utdaterte råd på hylla

Nå endrer engelske helsemyndigheter behandlingsrådene for ME/CFS. Følger Helsedirektoratet etter?



TEKST Nina E. Steinkopf, tidligere HMS- og kvalitetsdirektør i internasjonal petroleumsvirksomhet. Nå: ME-syk og skribent

ME

NATIONAL INSTITUTE for Health and Care Excellence (NICE) har nylig publisert et utkast til nye retningslinjer for ME/CFS. ME har vært registrert som en nevrologisk sykdom siden 1969. På 1980-tallet fattet psykiatrien interesse for sykdommen, og det har så langt vært en katastrofe for pasientene. Sykdommen ble forsøkt forklart som en psykosomatisk tilstand, og i retningslinjene fra 2007 er kognitiv adferdsterapi og gradert treningsterapi anbefalt som behandling. Samtidig advares det mot langvarig eller fullstendig hvile.

I utkastet til nye retningslinjer er anbefalingene endret. NICE bekrefter nå at ME er en kompleks, kronisk medisinsk tilstand som påvirker flere kroppssystemer. Ett kardinalsymptom er anstrengelsesutløst symptomforverring, på engelsk: post exertional malaise (PEM).

Komiteen som har utarbeidet retningslinjene understreker at det ikke finnes noen terapi basert på fysisk aktivitet eller trening som er effektiv som behandling eller kur mot ME/CFS. Kognitiv adferdsterapi kan vurderes som støtte for å redusere den psykiske belastningen forbundet med å ha en kronisk sykdom, men skal ikke gis som behandling eller kur mot ME/CFS. Pasientene skal ikke presse seg til aktivitet ut over tålegrensene, og skal hvile så mye de behøver. NICE advarer spesielt mot alternativmetoden Lightning Process.

Rådene gis på bakgrunn av skadene som er rapportert, samt komiteens erfaringer med den effekten det har på pasientene når de overskrider tålegrensene sine. NICE skriver om prognoser at selv om en liten andel blir friske eller kan ha en lang periode med bedring, vil mange måtte tilpasse seg å leve med sykdommen. De



Helsemyndigheter i forskjellige land støtter seg gjerne på hverandres kunnskap og beslutninger. Derfor må vi kunne forvente at norske helsemyndigheter følger etter

nye retningslinjene er forventet å bli publisert i april 2021.

Amerikanske helsemyndigheter slo fast i 2015 at ME er en fysiologisk sykdom, og har fjernet rådene om trening og terapi som kurativ behandling.

I utlandet blir utdaterte hypoteser og anbefalinger lagt på hylla. Helsemyndigheter i forskjellige land støtter seg gjerne på hverandres kunnskap og beslutninger. Derfor må vi kunne forvente at norske helsemyndigheter følger etter. ✕

REFERANSER

National Institute for Health and Care Excellence (Forventet publiseringsdato: 21 April 2021): *Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management. In development [GID-NG10091]*. Hentet fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-ng10091>

National Institute for Health and Care Excellence (2007). *Chronic fatigue syndrome/ myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy): diagnosis and management – Clinical guideline*. Hentet fra: www.nice.org.uk/guidance/cg53

The National Academies Press (2015). *Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Redefining an Illness*. Hentet fra: <https://www.nap.edu/catalog/19012/beyond-myalgic-encephalomyelitis-chronic-fatigue-syndrome-redefining-an-illness>

Debattert

Psykologer velger Toyota, eller...?

Fins det en «psykologbil»? Følg debatten på FB-gruppa Psykologer.

Tesla: I går i en munter, uforpliktende kollegial utveksling ble det sagt at Tesla er en «psykologbil». Jeg ble etterpå tenkende på om dette representerer en særdeles lokal statistikk/uttalelse, eller om dere rundt om tenker at jo, ja, det er vi med på!

Ingvild Dugstad Vestrheim

Lader sjelen: Jeg slår et slag for Kia Soul som den nye psykologbilen, med slagordet "recharge your soul". Men når jeg blir stor og er utbrent av rekkeviddeangst, skal jeg kjøpe meg en Tesla Cybertruck. Wannabe Cyberpsykolog.

Vanja Hjelmseth

Guilty pleasure: Jeg kjenner veldig mange psykologer, men ikke en eneste som (jeg vet) har Tesla. Toyota, derimot, det tror jeg minst halvparten av dem har. Psykologer flest virker ganske lite bilinteressert, og kjører trauste doninger, hvis de i det hele tatt har bil. Men noen av oss har en guilty pleasure.

Øyvind Sandsether

Putrer rundt: (...) jeg støtter din Toyota teori. Er på min tredje Toyota og kjenner mange andre psykologer som putrer rundt i slike.

Camilla Freilem

Lite interessert: Erfaringsmessig er psykologer veldig lite opptatt av bil. Ender derfor kanskje opp med Toyota? Har ofte sagt at Toyota er bilbransjens Hennes & Mauritz -trygt, pålitelig og ikkje altfor dyrt

Svein Bjarte Løland

God ektemann: Vil ikke høre et vondt ord om Toyota, det er de fornuftige menneskers bilvalg. Toyota er som en god ektemann: pålitelig, rimelig og lett å få fikset

Jenny Cwl

Tilknytning: Intet vondt ord å høre herfra, Jenny Cwl. Det oppstår til og med tilknytning til dem. Samboeren min (også psykolog) har så langt ikke kvittet seg med sin kjære Bjørnhild (en Toyota Yaris) selv om ny bil har vært på plass en stund.

Øyvind Sandsether

Gi gruppeterapi til ungdommen

Altfor få unge med psykiske helseproblemer tilbys gruppeterapi. Vi ber helsemyndighetene om et forskningsløft på feltet.



TEKST Synnøve Ness Bjerke, psykiater, undervisningsleder og lærer ved IGA, Margrethe Botn, psykologspesialist BUP og VOP Ålesund, Christian Hjort, barne-, ungdoms- og voksenpsykiater, lærer ved IGA, Knut-Asbjørn Ulstein, barne- og ungdomspsykiater, overlege ved Ålesund BUP

GRUPPETERAPI

I RAPPORTEN *Jeg skulle hatt BUP i en koffert fra oktober 2020* uttrykte barneombud Inga Bejer Engh bekymring for behandlingstilbudet i BUP. Hun la vekt på at barn og unge må få et psykisk helsetilbud som er tilpasset dem – ikke en kopi av det vi tilbyr voksne. Vi deler hennes bekymring. Vi ser en tendens til at BUP bruker store ressurser på utredning, av høy kvalitet, for så å gi behandlingstilbud som kan virke mer tilfeldig. Ungdommer har ofte psykologiske vansker og livsvansker *utover* det som favnes av diagnoser. Det kan være sosiale tilpasningsvansker, tilknytnings- og relasjonelle vansker, identitetsproblemer og generell sårbarhet.

HVORFOR GRUPPETERAPI?

Vakttelefonen ringer på natta: «Du må komme, Kine forlanger å bli skrevet ut.» Kine er 16 år, kutter seg alvorlig og har hatt flere selvmordsforsøk. Vaktlegen kjenner henne fra terapigruppen på avdelingen. Kine kan sine rettigheter som frivillig innlagt, hun vil ut. Han prøver forgjeves å overtale henne til å utsette beslutningen. På en innskytelse spør han hva Helene, en jevnaldrende medpasient fra terapigruppen, ville sagt om han lot Kine skrive seg ut. Kine sier uten å nøle: «At du er helt idiot!» Kine aksepterer etter dette at han «lar Helene bestemme».

I gruppeterapien hadde det utviklet seg sterke bånd mellom de innlagte ungdom-

mene. De var ofte i opposisjon til personalet, men opptatt av å støtte og ta vare på hverandre. Tanken på hva Helene ville sagt, gjorde at Kine plutselig så situasjonen sin i et annet perspektiv, og autoritetskampen ble mindre viktig.

BUP tilbyr stadig nye spesialiserte og fokuserte behandlingstilbud. Det er bra, men for unge som strever med motivasjon, tillit og ustabil fungering, kan diagnosespesifikk og avgrenset behandling bli for krevende, for lite engasjerende. Det treffer dem ikke nok til at de klarer å selv ta del i behandlingen. Vi vet at pasientene selv rangerer følgende som viktige gruppespesifikke terapeutiske faktorer:

- opplevelsen av gruppesamhold
- at terapeutene klarer å etablere et trygt klima i gruppen
- at de kan dele vanskelige opplevelser, kjenne seg igjen i hverandre
- at de må ta ansvar, engasjere seg i hverandre og da opplever at de betyr noe for andre

MESTER-SVENN-OPPLÆRING

For unge har det å bli likt og respektert av jevnaldrende avgjørende betydning. Alle ungdommer trenger å tilhøre, forstå og beherske de sosiale kodene. I gruppeterapi møter den unge ikke bare terapeuter, men også jevnaldrende som strever:

«Ja, for før jeg starta på denne gruppa da, så brukte de ofte å si til meg: «du er ikke alene» og hver gang de sa det så tenkte jeg, «ahhhh» for det betyr jo ingenting for meg. Men når jeg kom i gruppa og fikk se og høre de andre som har samme problemet som meg da, så tenkte jeg «wow, dette hjalp mye mere»» (2020, hovedoppgave i psykologi, Lervåg).

Gruppebasert behandling muliggjør observasjon, imitasjon, sosial trening og modellæring. Alle får vist både styrke og sårbarhet. De får oppleve å hjelpe hverandre. Ungdom har stort potensial, og terapigruppen representerer en unik vekst- og utviklingsarena.

Gruppeterapi foregår som regel med to behandlere til stede. Dette gir en god arena for «mester-svenn-opplæring» av terapeuter, noe det ellers kan være vanskelig å forsvare i en travel klinikk. Ved individuell behandling er brudd i behandlingen på grunn av sykefravær, permisjoner og at behandlere slutter, et stort, og etter vårt skjønn underrapportert, problem. Slike relasjonsbrudd er ekstra vanskelige for sårbare unge. I gruppeterapi med to terapeuter minskes denne risikoen betraktelig.

Gruppeterapi er kostnadseffektivt og kan bidra til å etablere et mer robust samarbeid mellom BUP og førstelinjen, inkludert skole og barnevern. Behandling i grupper egner seg som lavterskeltilbud for støtte til livsmestring. Samtidig gir slik behandling mulighet for å avdekke og formidle hjelp til ungdommer med mer alvorlig psykisk lidelse. For disse trengs spesialiserte gruppetilbud i BUP, som følger den unge over tid.

POSITIV UTVIKLING

Omfanget av gruppetilbud for barn og unge har økt de siste årene. Flere BUP-klinikker har nå tilbud som Cool kids, MBT, DBT, psykoedukative familiegrupper og 4-dagersbehandling i grupper for sosial fobi, OCD og panikk lidelse. Helsemyndighetene har anerkjent verdien av behandling i gruppe ved økte takster. Helsedirektoratet anerkjente også i 2019 gruppeterapi som en av fire valgfrie metoder i obligatorisk psykoterapiutdanning for barne- og ungdomspsykiatere.

Men fortsatt benyttes gruppeformatet altfor lite. Spesielt tenker vi at det terapeutiske potensialet i gruppeterapi kan utnyttes langt bedre

for aldersgruppen 13–18 år. Så hvordan utvikle det gryende gruppetilbudet i BUP videre?

UTDANNING OG VEILEDNING

Av erfaring vet vi det er krevende å drive trygge, effektive behandlingsgrupper for denne aldersgruppen. For å kunne tilby kvalifisert gruppeterapi for et bredt spekter av psykiske lidelser og livsvansker må det satses på utdanning av både gruppeterapeuter for ungdom og veiledere. IGA (Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi) har nå startet en slik utdanning, dog med begrenset kapasitet. Vi utfordrer ledere i BUP og R-BUP til å implementere gruppeterapi og satse på utdanning og kvalitetssikring. Vi håper på et samarbeid mellom R-BUP-ene og IGA om videre utvikling av utdanningstilbudet i gruppeterapi for ungdom.

FORSKNING

Nasjonalt (og internasjonalt) er det lite forskning på gruppepsykoterapi for ungdom. Noen av oss har vært involvert i ny OCD-behandling for barn og unge og ser hvor gode resultater det kan gi å ha en nasjonal strategi og finansiering av forskning, med helsemyndighetene i ryggen. Mye behandlingsforskning i BUP har blitt gjort på avgrensede metoder med strenge inklusjonskriterier som utelukker mange av de ungdommene som trenger hjelp. Vi vet at forskning på hva som hjelper dem med sammensatte problemer, er langt mer krevende. Total behandlingstid kan være lang, og behovene er komplekse, med nødvendig samarbeid mellom første- og andrelinjen. Vi forstår at dette er vanskelig å selge inn i regionale forskningsfora, men vi er redd det har utviklet seg en berøringsangst både innenfor forskning og i spesialisthelsetjenesten for noen grupper av unge pasienter, slik at barnevern, kommuner og BUF-etat blir sittende alene med denne oppgaven.

Vår anbefaling er å tilby gruppeterapi på alle nivåer for unge som søker hjelp. Behandlingen bør også være forskningsbasert. Vi trenger en dreining av forskningsfinansiering mot unge pasienter med sammensatte vansker som søker og trenger hjelp både i førstelinjen og i spesialisthelsetjenesten. Derfor utfordrer vi Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, BUF-etat og Norges forskningsråd til å støtte og sikre en bred forskningssatsing. ✕



Gruppeterapi er kostnads-effektivt og kan bidra til å etablere et mer robust samarbeid mellom BUP og førstelinjen

Skammens plass i terapi

Det er fullt mulig å mene at skam kan være adaptiv uten å påføre klienten skam.



TEKST Anne Hilde Vassbø Hagen, psykolog, Institutt for Psykologisk Rådgivning

SKAMMENS FUNKSJON

ZEMIR POPOVAC frykter at terapeuter som mener skam kan ha en adaptiv funksjon, har et problematisk forhold til skam, og at vi dermed ubevisst kan påføre klienter lidelse (Psykologtidsskriftet, 2020). Jeg er uenig. Som kliniker ved Institutt for Psykologisk Rådgivning er det naturlig å ta utgangspunkt i emosjonsfokustert terapi (EFT). Modellen er *ett* eksempel på hvordan vi kan jobbe med skam uten at det betyr at terapeuten påfører klienten skam.

Det virker som Popovac definerer skam som en negativ evaluering av selvet, som frarøver selvet kjærlighet, og at skam er et avfallsprodukt fremfor en følelse. Signalangst og skyld defineres som to andre følelsestilstander, adskilt fra skam. Vi snakker forbi hverandre fordi noe handler om skade påført av andre og etter hvert en selv. Noe annet handler om antatte mekanismer i sosial tilpasning.

FIRE FORMER FOR SKAM

Innenfor EFT og andre modeller defineres skam som en følelse og som en mye videre kategori enn Popovacs forståelse av begrepet. Til gjengjeld deler EFT skammen inn i fire ulike former:

- primær adaptiv skam
- primær maladaptiv skam
- sekundær skam
- instrumentell skam

Det er bare den maladaptive skammen som kan sammenlignes med Popovacs skambegrep. Vi er helt enige om at denne formen for skam utelukkende er skadelig. Den eneste forskjellen er at EFT og andre modeller likevel definerer denne giftige formen for skam som en følelse.

Det synes å være stort overlapp mellom adaptiv skam i EFT og signalangst i Popovacs rammeverk. Skyld forstås i EFT som en sammensatt følelse, bestående av skam og frykt, og kan være adaptiv eller maladaptiv. I tillegg har vi to andre former for skam, som jeg ikke kjenner igjen i Popovacs begrepsdefinisjoner: skam

som en reaksjon på en annen følelse (sekundær) og instrumentell skam. Begge kan være sosialt hensiktsmessige, men er oftere et problem for oss.

TERAPEUTENS DØMMENDE HOLDNING

De fleste av oss har opplevd å ha dømmende holdninger til mennesker som har vært inne på terapirommet vårt, og at vi har påført noen av dem skam. Ønsket at enkelte skulle hengt mer med hodet og ja, skammet seg. En mor som har dratt datteren i håret fordi hun syntes jenta fortjente det, en partner som har banket kjæresten sin og mener det ikke var så ille, en voksen mann som er forelsket i naboenta på 12 år og ikke ser at det er problematisk. Det er naturlig å reagere når folk oppfører seg på tvers av sosiale normer og krenker andre eller oss selv. Det er naturlig også for terapeuter å reagere på urett når vi føler empati for de svakere partene.

Er vi elendige terapeuter når det skjer? Ja, men først i det øyeblikket empatien vår blir blokkert av forakten og vi mister den sårbare klienten av syne. Har de empatiske sviaktene våre og de skaminduserende utsagnene, som gjerne kommer i kjølvannet av at vi selv blir følelsesmessig aktivert i terapirommet, noe å gjøre med vår teoretiske forståelse av skam? Langt ifra!

Faren ved å skamme seg er til stede i terapirommet. Men det kommer av helt andre prosesser enn vår teoretiske forståelse av skam og skammens funksjon. Det er når våre egne følelser kommer i veien for modellen og det vi har lært om å være en god terapeut, at empatien glipper. Det tror jeg gjelder alle evidensbaserte metoder. Som terapeut er jeg mer empatisk og klarer oftere å holde fokus på klientens livsverden når jeg bevisst holder fast ved min ikke-dømmende holdning og forståelse av hvor komplekst følelseslivet er. Kunnskap om følelser og en bevissthet rundt egne følelser og reaksjoner er viktig for å redusere empatiske sviakt i løpet av et terapiforløp og øke muligheten for å reparere når det uunngåelig skjer.

ADAPTIV SKAM I INDIVIDUALTERAPI

Innenfor EFT individualterapi jobber vi ikke direkte med adaptiv skam. Vi jobber mest med å komme i kontakt med maladaptiv skam (skam slik Popovac beskriver fenomenet – skader påført av andre og etter hvert selvet) og maladaptiv frykt for så å transformere disse utelukkende skadelige følelsene ved å aktivere adaptivt sinne, sorg og selvomsorg. Vi ønsker å aktivere maladaptiv skam i terapirommet, for å transformere den, slik at personen igjen kan kjenne på at hen liker seg selv, og at hen fortjener omsorg, respekt, anerkjennelse og viktige grenser. På veien dit må vi ofte innom de sekundære følelsene, anklagende sinne, angst og håpløshet.

Aldri sier vi noe som ligner på «skam deg», selv om vårt verdssystem blir utfordret. Adaptiv skam har ingen plass i endringsmodellen i EFT individualterapi, selv om den er en del av den teoretiske forståelsen av følelsen. Dukker adaptiv skam opp organisk i klienten i løpet av terapien, vil vi validere følelsen og hjelpe klienten ut av den. Idet den adaptive skammen er aktivert, har den allerede virket som den skal. Det er ikke noe poeng å forsterke den eller holde folk i den. Da vil vi vise empati og forståelse og forsikre klienten om at det er trygt å møte blikket vårt, og at de fremdeles er inkludert og ønsket i det lille fellesskapet innenfor terapirommets fire vegger. Jeg tipper at dette er noe av det samme Popovac ville gjort med signallangst eller skyld.

ADAPTIV SKAM I PARTERAPI

Innenfor EFT parterapi og mange andre parmodeller har adaptiv skam en viktigere plass. Forskning viser at nøkkelen til å forsones etter et alvorlig svik fra den ene parten, er at den forurettede parten ser den adaptive skammen i ansiktet på partneren sin når hen sier unnskyld. Likevel legger ikke modellen opp til at terapeuten skal indusere eller forsterke adaptiv skam i klienten.

Det vi gjør, er at vi lar den sårede parten fortelle om sin smerte. Vi veileder bort fra å prøve å indusere skam i den andre. Når parten som har såret, ser sin partners smerte, vekkes ofte adaptiv skam sammen med tristhet og frykt, og det kommer en reparasjon. Når adaptiv skam er synlig til stede, er teorien at den sårede parten opplever reparasjonen som mer genuin, og at skammen og smerten i den nærmest er en



Faren ved å skamme seg er til stede i terapirommet. Men det kommer av helt andre prosesser enn vår teoretiske forståelse av skam og skammens funksjon

forsikring om at det ikke vil skje igjen. Når den som har sveket, kjenner på adaptiv skam, vil vi at de skal sette ord på det de kjenner, direkte til partneren sin. Deretter vil vi høre hva det gjør med den sårede partneren å se og høre partneren sin.

ADAPTIV SKAM I FORELDREVEILEDNING

Innenfor EFT foreldreveiledning lærer vi foreldre at det er viktig å validere alle former for skam. Gjennom å validere og vise empati overfor den adaptive skammen, inviteres barnet ut av skammen. Enten det er barn som ikke mestrer noe andre får til, som har tisset seg ut på skolen, eller i stort engasjement over de nye blinkende skoene skapte uro i klassen og fikk tilsnakk. Barnet lærer seg å bli raus med seg selv så vel som andre gjennom å selv erfare å bli sett og forstått, også når det kanskje føler at det ikke fortjener det eller har gjort noe dumt.

Jeg er selvsagt enig med Popovac i at terapeuter ikke må påføre klienter skam. Men jeg tror ikke han har mer å frykte fra terapeuter som tar utgangspunkt i at den adaptive skammen faktisk eksisterer.

Med en nesten umerkelig justering vil jeg avslutte med Popovacs egne kloke ord: *Det går an å være sint på seg selv uten å skamme seg over hvem man er. Det er til og med et sunnhetstegn å evne å være berettiget selvkritisk og sint på seg selv uten å måtte skamme seg over den man er.* ✕

DEBATT OM SKAMMENS FUNKSJON

Tidligere innlegg:

- Nr. 01 - 2021 Skamdebatt av sporet (Inger-Magrete Svendsen)
- Nr. 12 - 2020 Savner akademisk ydmykhet (Jan Reidar Stiegler)
- Nr. 12 - 2020 Livsfarlig å gi skam en positiv verdi (Haldor Øvreide)
- Nr. 11 - 2020 Skam ekspedert (Zemir Popovac)
- Nr. 10 - 2020 Skam, psykologi og ontologi (Jan Sunder Halvorsen)
- Nr. 10 - 2020 Skam nyansert (Aksel Inge Sinding)
- Nr. 08 - 2020 Skam revidert (Zemir Popovac)
- Nr. 06 - 2020 Blikket utenfra (Siri Gullestad)

Filosofisk tanke-spinn kan ikke oppheve effekter

Samfunnet trenger brukervennlige løsninger mer og mer. I den forbindelse er Hillestads tanker fra skrivebordet lite nyttige.



TEKST Børge Holden, psykologspesialist, dr.philos

FORSTERKNINGSBEGREPET

DEBATT OM FORSTERKNINGSBEGREPET

Tidligere innlegg:

- Nr. 01 - 2021 Sluttreplikk om forsterkning (Torgeir M. Hillestad)
- Nr. 12 - 2020 Sparker i åpen forsterkningsdør (Børge Holden)
- Nr. 11 - 2020 Atferd og forklaring (Torgeir M. Hillestad)
- Nr. 10 - 2020 Uholdbare påstandar (Børge Holden)
- Nr. 09 - 2020 Uholdbar vitenskapsposisjon (Torgeir M. Hillestad)

I MIN DEBATT med Torgeir Hillestad har jeg utelukkende konsentrert meg om 'forsterkning' fordi han selv tok opp begrepet. Atferdsanalyse, og mine interesser, er bredere.

Forsterkning kan «stå på egne ben». Kun å endre atferdskonsekvenser kan være en god løsning. En pasient knekte brillene og måtte følges til optiker. Etterpå gikk pasient og personale på kafé. Det ble mye brillekneking. Da man sluttet å kombinere optikertur med kafébesøk, opphørte den. Det betyr ikke at kaféturene forklarte alt. Hun mestret sinne dårlig, og savnet å være ute på ting, for å nevne noe. Også det ble det gjort noe med.

Alle forklaringer er «saksforhold», men når noe skjer på grunn av noe, og ikke på grunn av noe annet, kalles det vanligvis en forklaring, eller en årsak, både i dagligliv og vitenskap. I atferdsanalytisk forskning brukes eksperimentelle N = 1-designer for å vise om tiltak, også rene konsekvenser, forklarer endring. Hvis ikke eksperimenter kan vise det, hva kan da vise det?

Forsterkning er en relasjon mellom atferd og konsekvens. En relasjon har (minst) to parter, og atferd og konsekvens er adskilte. Hillestad ser litt skog, og ikke bare trær, når han skriver at forsterkning kan bli «en funksjon av responsen», for det er selvfølgelig vanlig at atferd påvirker sine konsekvenser. Ellers hadde det vært liten sammenheng mellom hva vi gjør, og hva det fører til. Men også konsekvenser som ikke påvirkes av ens atferd, kan være forsterkende. Mange gjør mye rart som følge av tilfeldigheter. Uansett er atferd og konsekvens noe hver for seg, og det er ikke sirkulært å forklare endring i én part med endring i en annen.

En-faktorforklaringer er ikke mer sirkulære og «selvrefererende» enn komplekse forklaringer, men er utilstrekkelige når de utelater for mye til at problemer kan forstås godt nok til å kunne gjøres noe med, logisk nok. Men modeller som ser alle menneskets «særegenheter og vesensbestemmelser», og vel så det, som Hillestad ønsker, er jeg skeptisk til. Psykologi er komplekst, og «sannhet» er vanskelig å oppnå. Det er umulig å bli enig om hva som skal studeres, og hvordan, og om når man «er i mål», når målet attpåtil flytter seg. Mål om forståelse må være realistiske. Derfor er det viktig å stikke fingeren i jorden, og utvikle relevante og komplekse *nok* modeller for å kunne dytte atferd i bedre retninger når den kommer skjevt ut. Samfunnet synes å trenge brukervennlige løsninger mer og mer. I den forbindelse er Hillestads tanker fra skrivebordet lite nyttige. ✕



Klimafølelser

«Folk unngår å snakke om dette,
i en slags kollektiv fortrenkning»

*Sigmund Elgarøy har lest
antologien Det går til helvete. Eller?*

Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

Ønsker du å anmelde fagbøker for Psykologtidsskriftet eller har du tips til bøker som bør omtales? Ta i så fall kontakt med redaksjonen. Lengre bokessay er også av interesse.

En vanlig bokanmeldelse er på 3-4000 tegn.

Opplys om det foreligger mulige interessekonflikter i vurderingen av en bok.

Send forespørsel på e-post til redaksjonen@psykologtidsskriftet.no



ENGASJEMENT I FØLELSENE Forfatterne skriver om hvordan frykt, sorg og sinne kan lede oss til økt engasjement og handling, slik det er for Greta Thunberg og andre engasjerte i klimakampen, skriver Sigmund Elgarøy i dette bokessaayet. Foto: Zuma press / NTB Scanpix

Klimafrykt, flyskam og fraværet av skyld

Klimakrisen vekker sterke følelser, som vi både kan forsvare oss mot og åpne oss for. Strategien vi velger, får konsekvenser for engasjementet vårt.

TEKST Sigmund Elgarøy, psykologspesialist, medlem i Klimautvalget i Norsk psykologforening

Jeg tror mange som følger med på klimaforskningen og hva som (ikke) gjøres for å begrense klimaendringene, føler håpløshet. Vi har lenge hatt kunnskap og teknologi nok til å holde temperaturøkningen godt under to grader, som nesten alle land har forpliktet seg på i Parisavtalen. Men verdens ledere og vi andre har gjennom mange år vist at vi ikke er villige til å gjøre det som skal til for å unngå farlige klimaendringer. Jo lenger vi venter med effektive tiltak, jo mer drastiske må tiltakene være for å få til reelle løsninger, og nå er det snakk om over 10 % reduksjon i CO₂-utslipp årlig i rike land som Norge (Anderson et al, 2020). Hvorfor skulle vi i 2025 klare å gjøre *mer* av det som vi ikke klarte i 2020, og ikke klarte å gjøre i årene før det igjen, da mye mindre skulle til?

MOBILISERING GJENNOM FØLELSER

Samtidig kan vi ikke bare gi opp, så vi leter etter alt som kan gi håp om at vi etter hvert vil mobilisere og finne løsninger på klima-/økokrisen¹. Kan følelsene gi grunnlag for mobilisering? Boka *Det går til helvete. Eller?* tar for seg følelsenes rolle i klima-/økokrisen. «Hvorfor denne boka?» spør redaktørene i forordet. Svaret lyder omtrent slik: Dette er en bok som først og fremst forsøker å utforske de kompliserte følelsene knyttet til natur- og klimakrisen. Ikke slik å forstå at følelsene våre forteller oss hva vi skal gjøre. Men følelsene åpner oss for hva som står på spill, og hvor mye det haster å endre kurs. Det er ikke (bare) teknologiske revolusjoner eller big science som avgjør framtid vår – det er i større grad vår psykologiske og emosjonelle evne og vilje til å gjøre godt for andre enn oss selv som avgjør framtida, tror forfatterne.

I boka finner vi artikler fra ti bidragsyttere. Den er redigert av Arne Johan Vetlesen og Knut Ivar Bjørlykhaug. Vetlesen er kjent som en tydelig stemme i øko-/klimadebatter. Bjørlykhaug er doktorgradsstudent med bakgrunn som helsearbeider. Psykologer glimrer for øvrig med sitt fra-
vær i en bok om en psykologisk paradegren: følelsene.

Tittelen spør om det går til helvete. Hvis man har en viss forestillings-
evne, er det lett å bli vettskremt når man leser om hva vi har i vente av endringer. Sterk frykt kan naturligvis virke lammende, eller sette i gang forsvarsmekanismer som for eksempel benekting. Forfatterne tar her for seg den motsatte respons, der frykt, sorg og sinne kan lede oss til økt engasjement og handling. For dem selv er dette åpenbart tilfelle, slik det er for Greta Thunberg og andre som engasjerer seg aktivt i klimakampen. Så langt utgjør slike ildsjeler et svært lite mindretall, i hvert fall her på berget, der det virker som lammelsen rår. Norge troner da også øverst på listen over land med flest klimafornekttere, i godt selskap med USA og Saudi-Arabia (Johansen, 2019). Thor Due, sentralstyremedlem i Natur og Ungdom, skriver i bokas første artikkel om sin frustrasjon over folks mangel på engasjement, men også om sin tvil på om aktivismen nytter, og om det egentlig er verdt å gi avkall på et «normalt liv» til fordel for miljøkampen. Hans dilemma er en variant av det mange av oss kan føle på: Vi vet hva vi *bør*, for eksempel reise mindre, forbruke mindre, men vi vet også at det monner lite hva *jeg* gjør, så hvorfor da gi avkall på alle disse godene?

1. Verken i boka eller i dette essayet er det noe poeng å skille mellom «klimakrise» og «økokrise». Selvefølgelig blir situasjonen bare enda mer alvorlig når man i tillegg til klimaendringer trekker inn tap av naturareal, økosystemer og arter; plastforurensning; ubalanse i nitrogensyklusen, osv. – jf. begrepet om planetegrensler (planetary boundaries).



BOK *Det går til helvete. Eller?*

REDAKTØRER Knut Ivar Bjørlykhaug
& Arne Johan Vetlesen

FORLAG Dinamo Forlag

ÅRSTALL 2020

SIDER 191



Tanker og følelser omkring klimaendringene blir borte fra det sosiale liv, og blir heller ikke motivasjonsfaktorer for handling

NATURTAP, SORG OG HÅP

Et sentralt tema i boka er opplevelsen av naturtap: uglene som forsvant fra skogholtet nedenfor huset til Vetlesen, fuglekoloniene som minker, og plast i reirene på øya Runde, der Bjørlykhaug har vandret omkring siden barndommen. Sorgen det medfører, forsterkes av erkjennelsen av at dette er eksempler på en global tendens, på at liknende tap foregår i hele verden. Flere av bidragene ser tapsopplevelsene og sorgen som et springbrett til en erkjennelse av at vi er en del av naturen, ikke utenfor eller over den, og at naturen har verdi i seg selv og ikke primært som en «ressurs» vi kan utnytte etter eget for godt-befinnende. Håpet er at en slik erkjennelse kan bre seg til stadig flere, og at dette er vårt beste håp for å unngå å ødelegge kloden.

Erkjennelser som dette springer lettest ut av levemåter. Som Vetlesen har skrevet om i flere sammenhenger, lever stadig flere fremmedgjort fra naturen, og utviklingen skjer raskt. Det er vanskelig å fatte at det nylig levde folk i vår nærhet som hadde slike erfaringer som reindriftsamen Nilas Tuolja fra Jokkmokk, født 1908, kunne fortelle om:

Jag har varit med och lekt med björnungar flera gånger, vi hade roligt den tiden! Jag var väl åtta, tio år när jag var med och lekte. Vi hade hört berättas redan från gamla tider att människor kan leka med björnungar. Äldre barn lärde oss, de sade: – Björnarna er lika som folk, de begriper! Och förbaskat, de begrep! Jag tror att björnmamman till och med skrattar. Jag har sett att hon gör något konstigt mixterverk med munnen. Björnmamman kom inte fram till oss nära där vi lekte. Det måste vara kloka djur som visste att det bara var lek. Vi brukade se mamman som låg och vilade och tittade och kikade vad vi gjorde med hennes ungar, och när hon såg att vi bara hade roligt då brydde hon sig inte. Jag tror nästan at gammalbjörnar tycker om at folket leker med deras ungar (Ryd, 2007, s. 208–9).

Nærhet til naturen gir forståelse og respekt for naturen, noe som igjen hindrer folk fra tankeløs naturødeleggelse. I en økomodernistisk tankegang derimot, som har aktive tilhengere blant annet i USA, England og Finland, ses *frakopling* av menneske og natur som en viktig del av løsningen. Urbanisering frigjør arealer for naturen – jo flere som lever i byer, jo større arealer

der naturen kan være uforstyrret.² Det er interessant at to tilnærminger som begge prøver å gi løsninger på økokrisen, har helt motsatte syn på forholdet menneske–natur.

FØLELSER OG DET SOSIALE LIV

Anders Petersens bidrag i boka anlegger et sosiologisk perspektiv på våre følelser omkring klima/økokrisen. Petersen bygger deler av sin artikkel på Kari Marie Norgaards arbeid. Norgaard er amerikansk sosiolog med norske aner, og gjorde feltarbeid i en bygd hun kaller «Bygdaby», som jeg tror må være Voss (Nordgaard, 2011). Der studerte hun hvordan innbyggerne forholdt seg til klimaendringene, både de som var merkbare i bygda, og de man kunne lese om. Hun fant at folk unngår å snakke om dette, i en slags kollektiv fortregning. De er klar over endringene, noe Norgaard hører når hun får folk på tomannshånd og kan spørre dem, men snakker ikke om tematikken i sosiale sammenhenger, fordi den er ubehagelig og lett kan forstyrre den gode sosiale kontakten man ønsker å opprettholde. Dermed blir tanker og følelser omkring klimaendringene borte fra det sosiale liv, og blir heller ikke motivasjonsfaktorer for handling. Petersen føyer til: «Som dansker fristes man næsten til at skrive, at frykten for at ødelægge hyggen ved at belemre de sociale relationer med uhyggelige klimafortællinger og følelser er stærkere end tilbøjeligheden til at agere på klimaets vegne» (s. 94.). Jeg vil tro mange lesere kjenner seg igjen i dette.

SKYLD, FRIHET OG ULIKHET

Deretter reiser Petersen et viktig spørsmål: Hva med skyldfølelsen, hvorfor inntreier ikke den? Vi har lest mye om «flyskam» og «klimaskam», ofte forstått som noe man må kvitte seg med, eller ikke påføre andre. Av en eller annen grunn snakkes det lite om skyld. Petersen skriver:

Ved at betrachte fraværet av skyld over at bidrage aktivt til den menneskeskabte klimakrise synes vi i stand til at zoome ind på et væsentligt aspekt af følelsen af frihed. (...) visse folk – på

2. Se <https://www.youtube.com/watch?v=0HsGwUHcLJA> for en sympatisk fremstilling.

trods av konsekvenserne – vil forsvare deres ret til at forfølge den økonomiske frihed, som de nuværende kapitalistiske rammer muliggjør, og at enhver innskærping af den mulighed opfattes som en voldsom krænkelse af deres frihedsrettigheder. (s. 95)

I det rike Norge tror jeg dette treffer mange av oss. Vi er her inne på «elefanten i rommet, vårt materielle forbruk», som psykolog Erik Nakkerud formulerte det på Debatten i NRK 25.08.20. Utslipp og privat forbruk henger nær sammen, og det er ingen realistiske løsninger på klima-problemet som ikke involverer reduksjon i privat forbruk. Dette gjelder selvsagt ikke alle, men vi vet at forbruk og tilhørende utslipp er svært ulikt fordelt. De rikeste 1 prosent i verden (pr. i dag ca. 78 millioner mennesker) står for eksempel for mer enn dobbelt så store utslipp som de fattigste 3,1 mrd. tilsammen. Denne ene prosenten utgjør samtidig den delen av verden med mest makt og innflytelse. Hvor realistisk er det å forvente at de (vi) skal legge om sin (vår) levemåte drastisk?

Her er vi inne på temaet ulikhet, som i boka først og fremst blir behandlet i det ene samiske bidraget av Gunn-Britt Retter: «Å skrive sorg». Vi hører ofte om det urettferdige i at de som har minst ansvar for global oppvarming også er de som blir rammet hardest. Retter påpeker at vi i Norge har vår egen versjon av urettferdigheten ved at samene, ikke minst i reindrifta, både rammes hardt av klimaendringene og av tiltak for å bremse disse, nemlig det såkalte grønne skiftet. For reindrifta er nemlig arealtap den mest kritiske trusselen, og vindmølleparkene som nå er i ferd med å rasere mye av det som er igjen av uutbygde norsk natur, fører til store arealtap, og utgjør dermed ifølge Retter en alvorlig fare for reindrifta. I tillegg kommer gruvedrift – også argumentert for som viktig for det «grønne skiftet» – og trekking av kraftledninger. «Grønn kolonisering» kaller man dette i det samiske samfunnet. Retter skriver: «Det grønne skiftet er intet annet enn en fortsatt utvinning av ressurser i samiske områder for hovedsakelig å dekke behov utenfor området, slik tradisjonen har vært siden de tidligste møtene mellom kulturene.» (s. 66) Retter skriver fint om hvordan samene tradisjonelt, og langt på vei fortsatt, forholder seg til naturen, som sitt hjem som de låner og må overlevere til neste generasjon uten å forstyrre balansen. Dette er en helt annen holdning enn den som

dominerer i storsamfunnet, og generelt i vår vestlige kultur, der naturen er en «ressurs» som vi kan og må «utnytte» mest mulig.

MORALSK MOBILISERING?

Tilbake til utsagnet i begynnelsen av boka, der de to redaktørene skriver: «Det er i større grad vår psykologiske og emosjonelle evne og vilje til å gjøre godt for andre enn oss selv, som avgjør framtida, tror vi» (s. 7–8). Det er åpenbart at denne evnen og viljen til nå ikke har vært sterk nok. Er ikke en motsatt utvikling vel så sannsynlig? At etter hvert som de økologiske problemene øker, øker også konfliktene mellom mennesker, noe som kanskje kan styrke samholdet mellom «våre egne», men samtidig føre til mer negative holdninger til og konflikter med «de andre»? Den britiske filosofen John Gray hevder at vi kan bli forledet av de store vitenskapelige og teknologiske fremskritt til å tro at menneskeheten også gjør varige moralske fremskritt. Grays syn er omstridt, og mange har pekt på moteksempler, men vår kollektive håndtering av klima-/økokrisen ser dessverre så langt ut til å illustrere hans poeng.

BIDRAG FRA PSYKOLOGIEN

Som nevnt har ingen psykologer bidratt i boka. Det hadde vært interessant å vite hva psykologisk forskning sier om hva som faktisk har vist seg å få folk til å øke sitt klimaengasjement og redusere sitt økologiske fotavtrykk. Hva er for eksempel resultatene av psykologiske intervensjoner med sikte på å fremme klimavennlig atferd? To metaanalyser (Nisa et al., 2019 og van der Linden & Goldberg, 2020) gir ulike resultater, den ene noe bedre enn den andre, men effektene er likevel svært beskjedne. Denne forskningen forsterker mitt ønske om å lese psykologiske *sukcesshistorier* om intervensjoner i klimakampen – hvis de da finnes. Det gjelder også bidrag fra klinikere, nå som temaer som klimafrykt og utbrenthet hos aktivister aktualiseres og kaller på psykologers bidrag. ✖

REFERANSER

- Anderson, K., Broderick, J.F., & Stoddard, I. (2020). A factor of two: how the mitigation plans of 'climate progressive' nations fall far short of Paris-compliant pathways. *Climate Policy*, 20(10), 1290–1304. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14693062.2020.1728209>
- Johansen, P.A. (17.10. 2019). Nordmenn øverst på listen over klimaskeptikere – sammen med USA og Saudi-Arabia. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/norge/i/VbkQp6/nordmenn-oeverst-paa-listen-over-klimaskeptikere-sammen-med-usa-og-saudi>
- van der Linden, S. & Goldberg, M. (2020). Alternative meta-analysis of behavioral interventions to promote action on climate change yields different conclusions. *Nat Commun* 11, 3915. <https://www.nature.com/articles/s41467-020-17613-7>
- Nisa, C.F., Bélanger, J.J., Schumpe, B.M. & Faller, D.G. (2019). Meta-analysis of randomised controlled trials testing behavioural interventions to promote household action on climate change. *Nat Commun* 10, 4545. <https://doi.org/10.1038/s41467-019-12457-2>
- Nordgaard, K.M. (2011). *Living in Denial. Climate change, emotions and everyday life*. MIT Press.
- Ryd, Y. (2007). *Ren och varg: samer berättar*. Natur & Kultur.

Psykologtung retningslinje

Et prisverdig arbeid ligger bak denne retningslinjen for utredning av utviklingshemning.



RETNINGSLINJE

Regional retningslinje for diagnostisk utredning av barn og unge ved spørsmål om utviklingshemning

UTGIVER Oslo universitetssykehus, regionsenter for habiliteringstjenesten for barn og unge

ÅR 2019

SIDER 97

ANMELDT AV

Else-Marie Molund, psykologspesialist i klinisk voksenpsykologi og med erfaringskompetanse som forelder til en ungdom med moderat utviklingshemning

REGIONSENTER for habiliteringstjenesten for barn og unge (RHABU) OUS har som en av de første i Norge utarbeidet en regional retningslinje for diagnostisk og årsaksutredning av barn og unge ved spørsmål om utviklingshemning. Den ble publisert i september 2019 og består av 23 kapitler, inkludert syv sider med referanser til aktuell litteratur.

Retningslinjen gir god og grundig oversikt over hvordan en skal gjennomføre diagnostisk utredning av utviklingshemning for barn og unge, og inneholder kapitler som beskriver standardisert utredningsprosess, og gir gode råd om temaer som evnenivåvurderinger og valg av tester, kartlegging av adaptiv fungering, medisinsk utredning og førerkortvurdering. Nasjonalt burde habiliteringsfeltet hatt retningslinjer som favner bredere enn diagnostisk utredning, både for voksenfeltet og barnefeltet.

Arbeidsgruppen besto av fagpersoner med klar overvekt av klinisk psykologisk kompetanse fra hele Helse Sør-Øst. Dette gjenspeiles i retningslinjen, som trolig hadde vært mer tverrfaglig innstilt med annen kompetanse i gruppen.

Målsettingen med retningslinjen er anbefalinger for god praksis og å bidra til likhet og god kvalitet i hele utredningsforløpet. Det kommer retningslinjen trolig til å bidra til, om den blir implementert.

NYTTIG FOR FLERE ENN FAGPERSONER

Som det står i innledningen, kan retningslinjen være nyttig å lese for foreldre til barn/unge som blir utredet. For mange foreldre som ikke har spesialpedagogisk, medisinsk eller psyko-

logisk bakgrunn, kan fagbegrepene oppleves som fremmede og dermed være vanskelige å forstå. Mange foreldre leter etter informasjon når de er i denne type prosesser. Et forslag er å ha med et vedlegg som språkmessig er tilpasset interesserte uten fagkompetanse, og som kan gis til de som skal igjennom denne typen utredning.

Slik jeg ser det, er ikke retningslinjen tydelig nok når det gjelder betydningen av involvering og informasjon, selv om det i forordet vektlegges at barn, unge og foreldre bør involveres og informeres før, under og etter utredning. Særlig foreldre til yngre barn kan oppleve utredning av mulig utviklingshemning som svært krevende. Foreldre og barnet/ungdommen trenger forståelse for hva utredningen innebærer, hva resultatene tilsier, og hva den praktiske konsekvensen av lærehemningen er. Det er generelt lite allmennkunnskap om utviklingshemning og mentale ferdigheter i samfunnet vårt, og fagpersoner har ofte brukt år på å utvikle nødvendig forståelse. Derfor er det naturlig at også barnet/ungdommen, foreldrene selv og øvrig nettverk trenger tid på å forstå praktiske implikasjoner av diagnose i utviklingshemning-spekteret.

Det ideelle hadde vært å bruke like lang tid på å gi informasjon om bearbeiding av prosessen for foreldrene (og barnet/ungdommen der det er rimelig) som på selve utredningen. Både foreldrenes og det øvrige nettverkets forståelse, og at deres forventninger samsvarer med barnets/ungdommens evner og funksjonsnivå, er av svært stor betydning for resten av livet til barnet/ungdommen. Dette er også en viktig forebyggingsfaktor for atferdsvansker, som

gruppen er særlig sårbar overfor. I tillegg kan man vektlegge at bearbeidingsprosess knyttet til en livslang tilstand virker forebyggende for foreldres mulige uhelse.

SAMARBEID PÅ TVERS AV TJENESTENIVÅ

Kapitlet om tilbakemelding til fastlege, kommunale og andre samarbeidene instanser er retningslinjens viktigste, fordi det er her mennesker med utviklingshemning og personer med kognitiv fungering i nedre del av normalområdet får sin daglige oppfølging. For mange av familiene og barna/ungdommene er det der jobben om hjelpen de skal ha resten av livet, starter. Det er vesentlig at utredningsrapporten, som bør være tverrfaglig, har et språk som mottakerne forstår.

I retningslinjen står det: «Oppfølgingssamtaler om diagnoseforståelse kan også ivaretas av helsesykepleier eller annen fagperson i kommunens hjelpeapparat.» Jeg er usikker på om man skal legge til grunn at det er høy nok kompetanse på kognitive funksjonsnivå og svikt i kommuner til at dette i praksis er godt nok for pasientgruppen. Om en tar brukerperspektivet på alvor, må det tydelig fremgå av retningslinjen at dette kun er tilstrekkelig der kommunene/virksomhetene har høy nok kompetanse. Der kompetansen ikke er høy nok, skal habiliteringstjenesten følge opp med kunnskapsdeling både generelt og individuelt, som anført i spesialisthelsetjenesteloven.

I retningslinjen legges det til grunn at psykologer bør ha hovedansvar for diagnostisering av utviklingshemning, mens leger har ansvar for å utrede årsaksdiagnose. Ettersom dette er komplekse utredninger som krever betydelig mengdetrening, trengs en tydeliggjøring av hvilken lege-/psykologkompetanse som kreves. Selv om lege/psykolog er de som utreder, er det helt rimelig med tilgang til spesialistkompetanse for å kvalitetssikre utredningen.

Alt i alt er dette en god retningslinje, og det er virkelig prisverdig at et fagmiljø har jobbet frem retningslinjen i mangel på en nasjonal. Helsedirektoratet bør snarlig utarbeide en nasjonal retningslinje, gjerne med utgangspunkt i den regionale. ❌

.....
Retningslinjen kan du laste ned og lese her:
<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/rapport-om-utredning-og-diagnostisering-av-utviklingshemning>

KLASSIKEREN



Pasienten er selv den viktigste endringsagenten i sitt liv

Oddvar Anfinset: *Karakteranalyse i et eksistensielt og fenomenologisk perspektiv* (1991)

Som fersk psykolog på begynnelsen av 90-tallet var jeg fremdeles på let etter teoretisk ståsted og forankring. De første møtene med pasienter bar preg av forsøk på å forstå gjennom å anvende begreper og verktøy fra ulike teoretiske retninger. Det bygget seg opp en underliggende frustrasjon over at kartet sjelden passet med terrenget.

Dette endret seg radikalt i møtet med eksistensiell filosofi og psykologi, og i den sammenhengen kom jeg over Oddvar Anfinsets *Karakteranalyse i et eksistensielt og fenomenologisk perspektiv*. Boken gir et klarsynt innblikk i Reichs karakteranalytiske teori med hovedvekt på et helhetsperspektiv på mennesket og det eksistensielle møtet. Han fremhever en karakteranalyse som ikke anvender seg av libidoteorien, men som søker tilknytning til eksistensielle og fenomenologiske tenkere som Nietzsche, Bergson og May.

Den viktigste drivkraften for menneskets utvikling ses her på som behovet for å realisere seg selv, å «bli den du er». Det vektlegges et ikke-deterministisk menneskesyn, der mennesket evner å skape og utvikle seg selv. Patologiske karaktertrekk utvikles når barnet lider overmektige nederlag og undertrykkelse i sitt forsøk på å realisere seg selv. Den eksistensielle analysens mål er i hovedtrekk at man skal bli seg selv og oppnå sann eksistens. For å oppnå dette må man først våge å se, bli bevisst og endre det som ikke er en selv.

Boken gjorde meg bevisst på at teoretiske analyser bare kan stille seg utenfor det som blir analysert, og aldri kan bidra til fullt ut å forstå den andre. Man kan nærme seg en dypere forståelse gjennom intuisjon og empatisk innlevelse. Dette har særlig påvirket min innstilling i møtet med pasienten. Intuitive inntrykk av pasientens karakter og empatisk innlevelse kommer alltid forut for den teoretiske analysen, og pasienten selv er den viktigste endringsagenten i sitt liv.

*Geirmunn Sletten, psykologspesialist ved
Sammen psykisk helse i Bergen.
Han utfordrer Eirik Aleksander Akse
Sletten til å ta stafettpippen videre.*

Subjektivt om alderdom

Forfatteren viser oss hvordan alderdommen framstilles i samtidslitteraturen, men hvor ble det av den litterære gode alderdommen?



BOK *Samtidslitterære alderdommer*

FORFATTER Aasta

Marie Bjorvand

Bjørkøy

ÅR 2020

FORLAG

Universitetsforlaget

SIDER 234

ANMELDT AV

Elisabeth Tuft Sand, spesialist i klinisk eldrepsykologi og organisasjonspsykologi

BOKA SAMTIDSLITTERÆRE ALDERDOMMER

av Aasta Marie Bjorvand Bjørkøy innledes med å vise til at i 2018 lanserte den norske regjering kvalitetsreformen «Leve hele livet». Forfatteren problematiserer umiddelbart hvordan livet faktisk kan leves på en god måte helt til veis ende, når alderdommen i seg selv byr på mange prøvelser. Hun argumenterer for at vi trenger kunnskap om hvordan alderdommen oppleves, og at samtidslitteratur er en av veiene inn. Hun beskriver og kommenterer hvordan alderdommen blir fremstilt litterært her til lands, med vekt på muligheter og begrensninger.

DET SUBJEKTIVE

Allerede innledningsvis tydeliggjør forfatteren at det er spennvidden i opplevelsen, det subjektive, hun ønsker å løfte opp. Hun menneskeligjør alderdommen og beskriver kompleksiteten i mulige utfordringer ved å konsentrere seg om verk av 17 forfattere som har skrevet romaner om alderdom. Hun supplerer materialet med seks forfattere som har skrevet noveller om samme tema. Dette er litteratur som i hovedsak har kommet ut her til lands de siste ti årene. Vi presenteres for verk av kjente størrelser som Linn Ullmann, Liv Koltzow, Cecilie Enger, Dag Solstad, Kjell Askildsen og Karl Ove Knausgård, for å nevne noen. Det samtidslitterære stoffet er holdt innenfor en ramme av et bredt og relevant nasjonalt tallmateriale fra Folkehelseinstituttet, Statistisk sentralbyrå og anbefalinger fra nasjonale kompetansesentre. Dessuten trekkes det vekt på faglig kompetanse for øvrig innenfor aldringsfeltet. Boka virker følgelig grundig og gjennomarbeidet.

Boka omhandler en rekke problemområder som absolutt er relevante for aldrende mennesker. Den omtaler overgang til pensjonisttilværelsen, aldersdiskriminering, alderdom og sykdom, alderstabuer som seksualitet og vold, sykehjemslivet, aktivitetskravet, demens, tap og

sorg, og til slutt død. Med slikt utgangspunkt stilles det åpenbare krav til struktur for at leseren ikke skal bli totalt overveldet av hvor forskjellig verden kan oppleves på så mange livsområder.

Jeg synes at boka virker ryddig, tross alt. Men den som er på jakt etter enkle løsninger og entydige svar, bør advares. Det er nettopp det subjektive, beskrivelsen av alle de forskjellige livene, med alle de ulike problemene og mulighetene, som vektlegges. Som om ikke dette var nok, henvises det også til professor i litteratur Tone Selboe, som sier: «Livet er mer enn vitenskap, og skal vi forstå livet, må vi få det fremstilt i et språk som går lenger enn det rasjonelle» (s. 15).

ROMANER ER IKKE VIRKELIGHET

Jeg bet meg merke i at hun påpeker at det er en kvantitativ økning av antall eldre hovedpersoner i bøker, og at eldre fremstilles mer komplekst nå sammenlignet med i tidligere tider. Dessuten påpekes at *den gode* alderdommen er underrepresentert i dagens litteratur. Ja, samfunnets negative holdninger til eldre kan også forplante seg til samtidsforfatterne. Samtidig tenker jeg at en hovedperson i en roman, gammel eller ung, bør ha sitt å slite med. Ellers blir boka kort og kjedelig. Velges en eldre hovedperson, vil en forfatter ha et stort koldtbord av svikt, sykdom og mulige psykososiale problemer å spille på. Jeg kan se fristelsen, den skrivende gir en gammel hovedperson en røslig porsjon på tallerkenen.

Jeg tenker at samtidslitterære voksenliv også kunne kommet noe skjevt ut. Om sentrale problemområder i dagens Norge skulle speiles gjennom et gitt antall romaner fra det siste tiåret, er jeg redd vi ville sittet igjen med et ganske begreidelig bilde av hvordan voksenlivet fortoner seg. En ren skjønnlitterær virkelighetsforståelse fremstår for meg som et tveegget sverd. På den ene siden er det åpenbart at vi gjennom skjønnlitteratur kan leve oss inn i en gitt situa-



LITTERÆRE HORISONTER Forfatteren argumenterer godt for at samtidslitteratur kan utvide vår horisont og gjøre oss til mer empatiske mennesker, mener vår anmelder. Foto: Iris Wolf / Plainpicture / NTB Scanpix

sjon, den kan gjøre oss klokere. Samtidig kan den forlede oss til å tro på at det som beskrives, er det faktiske, og det som gjelder mange. Dette tror jeg er et poeng spesielt når det gjelder eldre. Som spesialist i alderspsykologi gjenkjenner jeg absolutt problemområdene i boka. De er relevante for det jeg har møtt i min praksis. Men jeg vet at mange eldre, også de riktig gamle, kan ha et godt liv. Jeg har helt klart hatt mange samtaler med eldre som hadde hatt problemer med å inspirere en forfatter til å skrive en tykk samtidsroman.

DEN GODE ALDERDOMMEN

Forfatteren leverer mange gode argumenter for at samtidslitteratur kan utvide vår horisont og gjøre oss til mer empatiske mennesker. Det tror jeg hun har helt rett i. Og en samtidslitterær bok om Eldres problemer byr på et virtuelt rom der en kan leve seg inn i livet slik det kan være om 10, 20 eller 40 år. Jeg vet at mange psykologer leser mye skjønnlitteratur. I kollegialt samvær fortelles det ofte om skjønnlitterære bøker, også samtidslitteratur, som anbefales varmt. Derfor tror jeg ikke at forfatterens budskap vil oppfattes som kontroversielt av mine kollegaer eller fungere som en overraskende tankevekker.

Det oppgis ingen spesifikk målgruppe for boka. Hvis jeg skulle ha ønsket meg en målgruppe, måtte det vel nettopp være de som vanligvis ikke leser skjønnlitteratur. Boka vil opplagt kunne pirre leselyst og utfordre stereotype oppfatninger.

Kommentarene til og analysene av alderdommen slik den beskrives i samtidslitteraturen, suppleres med korte utdrag av tekster. Det liver opp lesningen og luner boka. Og siden forfatteren selv etterlyser flere beskrivelser av den gode alderdommen, tar jeg med en vakker tekst som gjengis, og som klart peker i riktig retning:

Han hadde stått på perrongen i all slags vær og sett til at folk kom seg av. Han hadde satt fløyta mellom tennene, svingt med flagget, stått i bakerste vogn med stasjonslykta og gitt signal. I løpet av sitt yrkesliv hadde han tilbakelagt en strekning som tilsvarte femtini ganger rundt jordkloden ved ekvator (...) Det var nesten så han skjemtes. Han som i trettifire år hadde lengtet hjem til utsikten mot plommetreet. Kveldsola gjennom verkstedvinduet. De rolige skyggene. Greinene som duvet lett i vinden. Han som bare ville sitte der og male (Gaute Heivoll, *De fem årstidene* (2014)). ❌

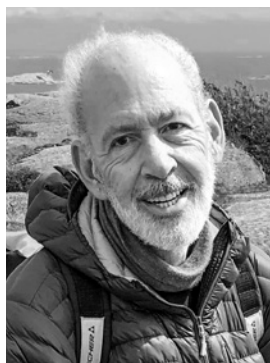
”

Den som er på jakt etter enkle løsninger og entydige svar, bør advares

MINNEORD

IAN DAHL

1956-2020



VI HAR MISTET en god leder, psykolog og et varmt medmenneske i Ian Dahl. Ian var leder for DPS Groruddalen i nærmere ti år, og det er fra denne tiden vi kjenner ham best. Han hadde et vinnende vesen, med stor interesse for jobben og kollegaene, og var godt likt. Ian hadde stor åpenhet for å tenke på nye måter og tok imot initiativ fra sine medarbeidere med entusiasme og nysgjerrighet. Utfordringer møtte han med humor og smil. Ved siden av DPS-lederstillingen hadde han en psykologpraksis i Sandvika på kveldstid, like ved der han bodde. Han engasjerte seg videre i Psykologforeningens arbeid gjennom mange år. Frem til 2011 var han medlem i Spesialistutvalget for voksenpsykologi, og han fortsatte helt til det siste å vurdere spesialistoppgaver for utvalget. Han likte å bidra og syntes hele tiden det var spennende og lærerikt å lese disse oppgavene fra yngre kollegaer.

Ian kom tidlig i karrieren inn i ledelse, i en tid da det var færre psykologledere enn i dag. Ian var sentral i oppbyggingen av Legemiddelasistert rehabilitering (LAR) der han også var senterleder i sju år. Senere var han avdelingssjef på Blakstad, og etter det ledet han sammenslåingen av datidens Grorud og Alna DPS til dagens DPS Groruddalen. Han jobbet som leder på ulike nivåer gjennom hele karrieren. Av lederutdanning ble han tatt opp ved og gjennomførte Nasjonalt topplederprogram.

I tillegg til å være leder var Ian alltid også en engasjert kliniker. Han nevnte flere ganger at han likte best å jobbe med sinte, unge menn som andre hadde gitt opp. Og Ian fikk til endring hos flere av sine unge og

sinte pasienter. Noen «tok han med seg» fra en stilling til den neste, og fulgte opp i over ti år på det meste. Ian hadde et stort hjerte for mennesker som hadde falt litt utenfor, for sårbare grupper, for rusmisbrukere. For dem var han en respektfull og oppmerksomt lyttende psykolog.

For om lag tre år siden ble Ian rammet av kreft. Jobben betydde svært mye for ham, og han stod i den så lenge det lot seg gjøre, helt frem til vårparten i fjor. Etter at han ble sykemeldt, ville han gjerne holdes oppdatert om hva som rørte seg i organisasjonen, og han kom med gode innspill helt til det siste.

Ian etterlater seg kone, tre barn og seks barnebarn. Våre tanker går til dem, og vi er med i sorgen.

Vi er glad for å ha kjent Ian, for å ha jobbet sammen med ham og hatt ham som leder. Han vil bli dypt savnet.

*Yngve Arner,
Ingunn Aanderaa Opsahl
og Tove Mathiesen*



Nyhet!

ABAS-3

Adaptive Behavior Assessment System, Third Edition

Oversettelse av Cathrine S Holsen
Gardner og faglig granskning og
kulturell tilpasning til norske forhold
av Lene Søvold og Beate Ørbeck

- Vurdering av adaptiv funksjon hos personer i alderen 0 til 89 år
- Svensk-danske normer, i tillegg til originale amerikanske normer

ABAS-3 tilbyr en standardisert og enhetlig metode for å kartlegge en persons adaptive funksjon gjennom hele livsløpet, fra forskjellige informanternes perspektiver.

Nyheter i ABAS-3 er, forutenom et revidert og oppdatert innhold i items, muligheten til å vurdere adaptiv funksjon hos flere aldersgrupper enn tidligere.

Materiellet inneholder en norsk manual og fem forskjellige vurderingsskjemaer, som er tilpassede for forskjellige aldersspenn.

www.hogrefe.no

 **hogrefe**

iap institutt for
aktiv psykoterapi

Ta videreutdanningen hos IAP:

Få konkrete verktøy og gruppe- veiledning

- **Barne- og ungdomspsykologi 2022–2023** (obligatorisk)
Påmeldingen er åpen. Starter våren 2022.
- **Voksenpsykologi 2021–2023** (obligatorisk)
Påmeldingen er åpen. Starter høsten 2021.
- **Familiepsykologi 2021–2022** (obligatorisk)
Påmeldingen er åpen. Starter høsten 2021.
- **Familiepsykologi 2021–2022** (valgfritt)
Påmeldingen er åpen. Starter 18. august 2021.
- **Organisasjonspsykologi 2022–2024** (obligatorisk)
Send en melding til iap@iapnett.no for plass på vår
interessentliste – og du får en e-post når påmeldingen
er åpen. Starter høsten 2022.
- **Gruppeterapi 2022** (valgfritt)
Påmeldingen er åpen. Starter 27. januar 2022.

Programtaler og påmelding finner du på iap@iapnett.no

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemsside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no


NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Visittkort

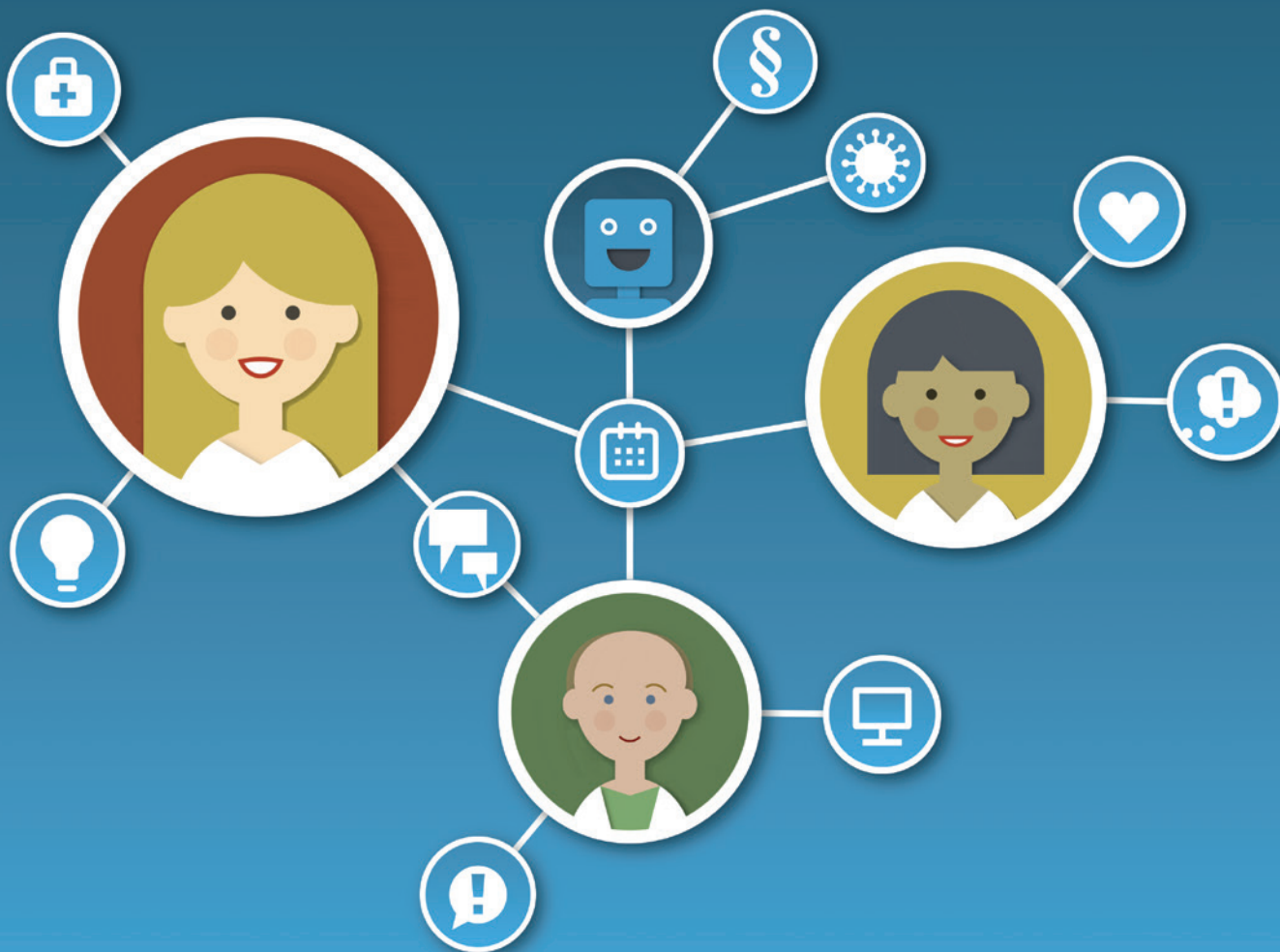
Ny selvbetjent løsning for bestilling
av Visittkort med timekort.

Velg mellom løse kort
eller visittkort i blokk,
og med eller uten
egen logo.

Bestilles via «min side»
for medlemsrabatt.



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo



Velorganisert.

Enten du driver alene eller sammen med andre, er god organisering nøkkelen til trygg og effektiv drift. TrinnVis er et komplett system for alt fra smittevern og personvern til avtaler og permitteringsregler.

Hvis du jobber i et fellesskap, kan TrinnVis hjelpe deg å fordele ansvarsområder mellom kollegene dine. Faste rutiner og enkeltoppgaver vises i en felles ukeplan, og bemanningskalenderen holder oversikt over ferie og fravær. En ny møtemodul forenkler gjennomføring av møter og medarbeidersamtaler.

For deg som driver alene, finnes det en forenklet versjon som inneholder alt en solopraksis trenger.

Vi samarbeider med de ledende profesjonsorganisasjonene for å sørge for at du alltid er oppdatert på regelverket som gjelder for din virksomhet, også skiftende regler og råd for en smittesituasjon i stadig utvikling. Når reglene endres, blir rutiner og retningslinjer i din TrinnVis-konto automatisk oppdatert.

Gå til trinnvis.no og finn ut hva et helhetlig driftssystem kan gjøre for din virksomhet.

 **TrinnVis**

utvikles i samarbeid med



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 24. mars, online

Mer informasjon: www.livskompass.se/norge/



EMDR Norge Digital konferanse

Eye Movement Desensitization

9. mars 2021 kl 09.00–16.00

Ana Gomez: An attachment-systemic EMDR model to work with children and their parents

EC Hurley: Complex Trauma and EMDR with adults.

Informasjon og påmelding:
www.emdrnorge.no

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. mars**,
frist for å bestille annonse
til mars-utgaven er **15. februar**

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



Grunnutdanning i
EMDR

Eye Movement Desensitization
and Reprocessing

Nytt:

Digitalt gjenoppfriskningskurs 23. mars

Finn oppdatert info om kommende EMDR-kurs ved fysisk oppmøte eller online på www.emdrutdanning.no

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Approved Trainer

LEDIGE KONTORER I OSLO. Kontorer, sentralt beliggende på Frogner til leie, heltid og deltid i et faglig sammensatt kontorfellesskap med psykiatere og psykologer. Ukentlig fagseminar og et trivelig og stimulerende arbeidsmiljø. Felles kontorfasiliteter. Kontakt Kim på mail@psykoterapi.org for visning eller spørsmål.

JOSEF OG HALDIS ANDRESENS LEGAT Stipender til forskning

Legatets avkastning skal bl.a. stilles til disposisjon for forskning, fortrinnsvis klinisk psykiatrisk forskning med formål å forebygge og behandle psykiske lidelser.

Søknad fremmes på fastsatt søknadsskjema som kan hentes på <https://www.regnskapskollegiet.no/skjema>, eller ved henvendelse tlf. 934 11 560.

Søknad sendes pr. post til:

Bærum kommune Helse og Sosial
v/Andreas Lundin, Rådhuset, 1304 Sandvika
innen 31. mars 2021.

Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening på

facebook

HEDALEN I VALDRES – 12 MIL FRA OSLO/GARDERMOEN

2 x 100 % PSYKOLOG- SPESIALIST/PSYKOLOG



Fekjær psykiatriske senter (Fekjær) er en stiftelse innen spesialisthelsetjenesten og har avtale med Helse Sør Øst RHF. Sentret består av døgnerhet, poliklinikk og overgangsboligene Fekjærtunet. Døgnerheten behandler voksen ungdom i aldersgruppen 18–35 år med alvorlige psykiatriske problemstillinger. Noen har tilleggspålegg rus. Vi er en aktiv behandlingssenter og behandlingstiden er 3–4 måneder. Vi vektlegger en psykodynamisk tenkning, men også med andre forståelsestilnærmeringer.



«Midt i et levende kulturlandskap danner et gardstun med småhus og tømmerhus en annerledes ramme, der aktiviteter og deltagelse er en viktig del av behandlingen»

Fekjær har et stort og godt fagmiljø med bl.a. psykiatere, psykologspesialister, spesialsykepleiere, sosionomer, idrettskonsulenter. En stilling er besatt med erfaren psykologspesialist.

I tillegg til avtalen med Helse Sør Øst RHF har Helfo godkjent Fekjær for inntak etter ordningen Fritt behandlingsvalg (FBV). Fekjær vil gjennom denne ordningen utvide kapasiteten. Dette vil kreve flere spesialister og søker derfor etter

Psykologspesialist/psykolog (2 stk.) i 100 % stilling

ARBEIDSOPPGAVER:

- Diagnostisering og kartlegging
- Gi psykoterapi/individualterapi og gruppeterapi, som koordineres med tilrettelagt miljøterapeutisk behandling
- Delta innen FOU-arbeid
- Arbeidet vil vesentlig være ved døgnerheten, men etter nærmere avtale noe i poliklinikken

PERSONLIGE EGENSKAPER/KVALIFIKASJONER:

- Klinisk spesialist i psykologi (psykolog kan søke – vil få veiledning)
- Interesse og forståelse for miljøterapeutisk arbeid
- Bred erfaring fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste
- Gode tverrfaglige samarbeidsevner
- Evne til å arbeide systematisk og målrettet
- Interesse for veiledning og undervisning

VI TILBYR:

- Et stort og godt fag- og arbeidsmiljø med bl.a. faste fagdager
- Engasjerte og dyktige medarbeidere i en hektisk hverdag
- Et arbeidsmiljø preget av trygghet, engasjement og respekt
- Lønn etter avtale med pensjons- og forsikringsordning
- Gode og moderne boliger til leie også for familie
- 6 måneder prøvetid

For mer informasjon om Fekjær: www.fekjaer.no

For mer informasjon om Hedalen: www.hedalen.no

KONTAKTPERSONER:

Institusjonssjef Elling Fekjaer, tlf. 905 91 545, e-post: elling.fekjaer@fekjaer.no

Ass. institusjonssjef Tor Anders Perlestenbakken, tlf. 915 13 484, epost: tor.anders.perlestenbakken@fekjaer.no

Skriftlig søknad med referanser sendes innen 3 uker pr. post eller elektronisk til: post@fekjaer.no

FEKJÆR PSYKIATRISKE SENTER

3528 HEDALEN I VALDRES

Helse Vest RHF (regionalt helseforetak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Helse Vest RHF eig seks helseforetak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest innkjøp HF, i tillegg til Helse Vest IKT AS. Helseforetakene har om lag 27 300 medarbeidarar, omfattar femti sjukehus og institusjonar, og yter helsetenester til 1,1 million innbyggjarar.

Helse Vest RHF

100 % avtaleheimel i klinisk psykologi i Sogndal

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Sogndal er ledig omgåande.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

- erfaring og praksis, medrekna erfaring som spesialist
- eigenskapar for heimelen
- innretning av praksis
- samarbeid med andre

Praksis skal drivast i samsvar med den til kvar tid gjeldane rammeavtale mellom Helse Vest og Norsk psykologforening.

Avtalespesialisten skal bidra til at Helse Vest kan oppfylle «sørge for»-ansvaret. Det inneber mellom anna at avtalspesialisten utfører undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen.

Avtalespesialisten skal ha eit nært og forpliktande fagleg samarbeid med Helse Førde ved Indre Sogn psykiatrisenter om oppgåvefordeling og for å sikre rett prioritering og gode pasientforløp. Det blir forventat at avtalspesialisten også tar imot pasientar som vert tilvist frå Helse Førde ved Indre Sogn psykiatrisenter. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle avtalen mellom Helse Vest og avtalspesialisten. Avtalepraksisen skal i samarbeid med Helse Førde også innrettast i tråd med utviklinga i faget og korleis behovet i befolkninga utviklar seg.

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil bli gjenstand for drøftingar mellom Helse Vest og aktuell søkjar før det vert gitt tilbod om avtaleheimelen.

Spørsmål om heimelen kan rettast til Helse Vest ved Torleiv Bergland, tlf. 51 96 38 22.

Skriftleg søknad med relevante opplysningar, CV og sannkjende kopiar av attestar og godkjenningar skal sendast til Helse Vest RHF, Postboks 303 Forus, 4066 Stavanger.

Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.



Björgvin DPS/ Knarvik allmennpsykiatriske poliklinikk søker

Psykologspesialist/ Psykolog

Björgvin DPS er ein del av Divisjon psykisk helsevern i Helse Bergen. Björgvin DPS er lokalsjukehus innan psykisk helse for vaksne (over 18 år), som bur i bydelane Arna og Åsane i Bergen kommune og i kommunane Alver (Meland, Lindås og Radøy), Austrheim, Fedje, Masfjorden, Modalen og Osterøy.

Vi søker etter psykologspesialist/ psykolog i 100% fast stilling til Knarvik allmennpsykiatriske poliklinikk. Poliklinikken er teamorganisert og består av to allmennpsykiatriske team, DBT team, Traumeteam, Korttidsteam, Gruppeteam og Akutt ambulant team. Fleire av teama arbeider på tvers av poliklinikkane på Tertnes og i Knarvik.

Vi søker etter kandidat til vårt korttidsteam som er eit metodespesifikt team som arbeidar med utgangspunkt i ACT og metakognitivterapi. Korttidsteamet behandlar i hovudsak pasientar med angst- og depresjonslidningar innanfor ein ramme på 10 konsultasjonar. Vi legg til rette for kompetanseheving ifht metodane teamet nyttar.

For spørsmål ta kontakt med Seksjonsleiar/Psykologspesialist Herman Årnes, telefon 56343250 eller Klinikkdirktør Fredrik Hiis Bergh, telefon 55 95 70 00

Referansenr.: 4333578067

Søknadsfrist: 14.02.2021



PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

Ønsker du å lese stillingsannonnene fra Psykologtidsskriftet raskest mulig? Vi sender deg gjerne oversiktlisten som du kan sjekke på Internett. Alle stillingsannonnene som trykkes i Tidsskriftet finner du også på www.psykologtidsskriftet.no/ Stillingsannonser

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





Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region øst

Bli med og utvikler et spennende tilbud for barn og ungdom?

Behandlingsleder ved TFCO Sandvika

Som behandlingsleder vil du lede arbeidet med teamets behandlingstilbud til ungdom med alvorlige atverdsvarer. Du får jobbe med spennende arbeidsoppgaver med stort ansvar. Du blir blant annet ansvarlig for teamets arbeid, resultater og utvikling.

Vi ser etter deg som er spesialist i klinisk psykologi eller har profesjonsstudiet i psykologi. Vi ønsker også at du har erfaring med ungdomsarbeid. Har du i tillegg erfaring fra TFCO-metoden er det noe vi setter ekstra pris på.

Har du spørsmål til stillingen? Ta kontakt med avdelingsdirektør Mette Bengtson på e-post: mette.bengtson@bufetat.no eller på telefon 924 89 019.

Søknadsfrist 10.02.2021.

Se fullstendig utlysning og søk stillingen på www.bufdir.no



Snåsa kommune / Snåsen tjelte

Snåsa har ledig 50 % stilling fast for psykolog

Snåsa kommune/Snåsen Tjelte er en kommune med ca. 2.000 innbyggere i Trøndelag, nord og øst for Snåsavatnet. Sentrum og det meste av bebyggelse ligger i nordenden av Snåsavatnet. Snåsa er tospråklig og tokulturell kommune med senter for Sørsamisk språk og kultur. Landskapet er preget av brede bygder mellom skogområder som går over i åser og fjell. Fjellområdene er vide mot grensa til Sverige i øst hvor det også er store områder med status som nasjonalpark. Det er rike muligheter til friluftsliv, jakt og fiske. Kommunikasjonene er gode med vei og jernbane gjennom kommunen og det er ca. 2 timer til flyplass/Værnes med bil.

Stillingen er lokalisert ved Familiesentralen hvor det jobber både leger, helsesykepleier, psykisk helsearbeider og spesialsykepleiere samt fysio- og ergoterapeut. Psykologen rapporterer direkte til enhetsleder. SANKS, Samisk Nasjonalt kompetansetjeneste har kontor i Snåsa og det jobbes med mulighet for felles fagmiljø for psykolog.

Hovedoppgaver

- Lavterskel behandlings- og oppfølgingstilbud til barn, voksne og familier
- Veiledning/fagstøtte til personell/tjenester i kommunen
- Gode muligheter for å være med og utvikle stillingen

Kompetansekrav

Søker må ha evne til god kommunikasjon og samhandling. Du som kan tenke deg stillingen må ha gode evner til å arbeide systematisk, strukturert og målrettet, være selvstendig og fleksibel, og må kunne samarbeide godt med

innbyggere i alle aldre, samt aktuelle samarbeidende instanser.

Vi tilbyr

Et godt sosialt, aktivt og spennende arbeidsmiljø, hvor det legges vekt på utvikling og høy grad av faglighet.

Som tospråklig kommune ønsker Snåsa kommune også å rekruttere inn personer med sørsamisk språk og kulturkompetanse. Søknad sendes på elektronisk skjema, se ledige stillinger på vår hjemmeside: www.snasa.kommune.no

Søknadsfrist: 01.03.2021

Kontaktpersoner

Spørsmål om stillingen kan rettes til psykiatrisk sykepleier, Siv Anita Aasum tlf. 916 45 881 eller enhetsleder Familiesentralen, Ragnhild Moum Agle tlf. 995 83 727.



Er du vår nye TFCO-terapeut? PSYKOLOG/PSYKOLOGSPESIALIST

Barne-, ungdoms- og familieetatens fem regioner har som hovedoppgave å drive etatens institusjoner og familievernkontor. I tillegg har regionene ansvar for fosterhjemrekruttering og oppgaver knyttet til adopsjon. Barn, unge og deres familie skal få riktig hjelp til rett tid uansett hvor de bor i Norge. Bufetat sine fem regioner og Bufetat Senter for administrasjon og utvikling rapporterer til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet som er underlagt Barne- og familiedepartementet.

Bufetat, region øst dekker Østfold, Akershus, Oppland og Hedmark, og i tillegg familievernet i Oslo. Regionkontoret ligger i Oslo. Bufetat, region øst har oppgaver innen områdene barnevern, familievern, adopsjon og enslige mindreårige asylsøkere.

Om stillingen

I TFCO-teamet i Lillestrøm blir det ledig en fast stilling familierapeut / ungdomsterapeut i 100 % stilling.

Barne-, ungdoms- og familieetaten har egne enheter som driver med Treatment Foster Care Oregon (TFCO), en evidensbasert, tidsavgrenset og familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Metoden er utviklet som et alternativ til institusjons eller annen gruppebasert plassering. Ungdommen plasseres i et behandlingshjem som mottar tett oppfølging fra behandlingsteamet. Det arbeides samtidig med familie og øvrige relevante systemer rundt ungdommen.

Behandlingsteamet består av behandlingsleder, familierapeut, individualterapeut for ungdommen, ferdighetstrener for ungdommen og behandlingshjemkonsulent. Implementeringen av TFCO i Norge ledes av NUBU tilknyttet Universitetet i Oslo i samarbeid med Barne-, ungdomsog familieetaten. Behandlingsleder og terapeuter er tilgjengelig for behandlingshjem, ungdom og familier 24 timer i døgnet, 7 dager i uken.

Arbeidsoppgaver/ansvarsområder

- Individualterapi med ungdommer etter TFCOs behandlingsprinsipper og praksis.
- Familierapi etter TFCOs behandlingsprinsipper og praksis.
- Deltakelse i utarbeidelsen av individuelle behandlingsplaner for ungdommer / familier i TFCO.
- Være tilgjengelig for ungdommer/familier.
- Deltakelse på ukentlige behandlingssamlinger.
- Dokumentere / journalføre kliniske planer og aktiviteter.
- Deltagelse i kvalitetssikringssystemet.
- Utføre andre løpende arbeidsoppgaver.

Kvalifikasjonskrav

- Embetseksamen i psykologi.
- Det er ønskelig med erfaring fra arbeid med barn / ungdom med atferdsvansker og arbeid med familier.
- God kjennskap til metodens teoretiske fundament, dvs. systemteori, kognitiv terapi og sosial læringsteori.
- En forutsetning for arbeidet er ønske om, og mulighet til å kunne arbeide fleksibelt.
- Søker må ha sertifikat klasse B.

Personlige egenskaper

- Du må ha evne til å arbeide som en del av et behandlingsteam, være målrettet og systematisk.
- Du må ha god skriftlig og muntlig fremstillingsevne på norsk og engelsk.
- Du må ha evne til å skaffe deg oversikt, jobbe strukturert og planmessig.
- Du må ha evne til å reflektere.
- Du må ha evne til å inspirere og engasjere.
- Du må være initiativrik og resultatorientert.
- Du må ha stor arbeidskapasitet.
- Det vil bli lagt avgjørende vekt på personlig egnethet og gode samarbeidsevner.

Vi tilbyr

- Grundig opplæring i metoden.
- Ukentlig veiledning i det kliniske arbeidet.
- Faglig oppfølging og utvikling.
- Stillingen innebærer en unik mulighet for grundig opplæring i en behandlingsmodell som har vist gode resultater for ungdom med atferdsvansker. Den gir også mulighet til å være med å bygge opp et nytt behandlingstilbud i Norge for en krevende målgruppe. TFCO-teamene mottar opplæring og ukentlig veiledning. Behandlingen foregår både poliklinisk og i hjemmet. Terapeutene samarbeider tett med behandlingsleder for å koordinere og målrette behandlingen.
- Stillingen lønnes i stillingskode 0794 psykolog, p.t. kr 552800 – kr 640200 pr. år (sko 0794) eller i stillingskode 1304 som psykolog med godkjent spesialitet, p.t. kr 723200 - kr 813400 (sko 1304). Lønn og stillingskode vurderes på bakgrunn av utdanning og ansiennitet.
- Medlemskap i Statens pensjonskasse som innebærer en god tjenestepensjonsordning, tilbud om boliglån til gunstig rente, samt yrkesskade- og gruppelevsforssikring.
- Det gis et kompensasjonstillegg for tilgjengelighet som er regulert gjennom egen avtale.

Generelle opplysninger

- Bufetat ønsker å være en arbeidsgiver som gjenspeiler mangfoldet i samfunnet og som utnytter potensialet i befolkningens samlede kompetanser. Vi oppfordrer derfor alle kvalifiserte kandidater til å søke jobb hos oss. Bufetat jobber for å realisere regjeringens inkluderingsdugnad om at 5 % av faste nyansettelser i staten skal være personer med nedsatt funksjonsevne eller hull i CV'en. Vi gjør oppmerksom på at opplysninger om nedsatt funksjonsevne eller hull i CV'en kan bli brukt til registreringsformål.
- Stillingen er for tiden lagt til TFCO Lillestrøm.
- Stillingen er innenfor et relativt nytt tiltak, og kan få endrede arbeidsoppgaver i en etat i vekst og endring.
- Tilgjengelighet på telefon ut over normalarbeidstid samt kvelds- og helgearbeid må påregnes.
- Politattest vil kreves ved tilredelse, jf. lov om barnevern § 6-10, og forskrift om politiattest § 6. Denne attesten skal ikke legges ved søknaden.
- Vi gjør oppmerksom på at opplysninger om søkeren kan bli gjort offentlige selv om søkeren har oppmodet om ikke å bli ført på søkerlisten, jf. Lov om rett til innsyn i dokumenter i offentlig verksemd (offentleglova), § 25
- Det gis gode muligheter for personlig og faglig utvikling.
- Ansettelsesprosessen foretas i et samarbeid mellom Bufetat og NUBU, og søkere må være innforstått med at NUBU får innsyn i søknader.

Kontaktinformasjon

Behandlingsleder Kharim Lekhal, TFCO Lillestrøm, tlf.:466 16749

Rebecca Ervik-Jeannin, spesialrådgiver, NUBU, tlf 94 86 68 57, e-post: r.j.ervik-jeannin@nubu.no

Søknad med CV sendes elektronisk via link på denne siden

Vitnemål og attester med bekreftet stillingsstørrelse og varighet skal tas med ved et ev. intervju

Jobbnorge-ID: 199511 | Søknadsfrist: 01.03.2021

**NORSK
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President****Håkon Kongsrud Skard**

23 10 31 30
hakon@psykologforeningen.no

Visepresidenter**Rune Frøyland**

rfroey@online.no
450 30 522

Arnild Lauveng

913 17 162
post@arnhildlauveng.com

Medlemmer**Siri Næs**

902 68 699
siri.naes@gmail.com

Hanne Indregard Lind

948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit

909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

Lars Asle Einarsen

951 41 036
lars.asle.einarsen@gmail.com

Britt Randi Hjartnes

Schjødt
922 99 371
bibihj@gmail.com

Ingvild Gregersen

957 27 801
ingvildg@gmail.com

Eldrid Robberstad

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

Studentrepresentanter**Morten Bremnes**

478 38 693
bremnesmorten@gmail.com

Julie Bjerkvik

938 93 002
juliebjerkvik@gmail.com

Varmedlemmer**Jakob Støre-Valen**

984 23 805
jakob@valen.cc

Alf Martin Eriksen

909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

LOKALAVDELINGER**Akershus****Joan Sigrun Nygard**

joan.sigrun.nygard@vestreviken.no
416 66 260

Aust-Agder**Janne Veer**

Janne.Hammervold.Veer@sshf.no
452 14 480

Buskerud**Even Rognan**

EVEROG@vestreviken.no
410 28 606

Finnmark**Dagmar Patricia Steffan**

dagmar.patricia.steffan@finnmarkssykehuset.no
971 95 996

Hedmark**Lene Engen Kleppe**

leneeng@hotmail.com
924 53 116

Hordaland**Runa Kongsvik**

runa.kongsvik@gmail.com
938 63 918

Møre og Romsdal**Eva Røv Eidset**

eva.eidset@helse-mr.no
916 10 080

Nord-Trøndelag**Julie Valen**

psyk.valen@gmail.com
924 90 532

Nordland**Iris Anette Söderholm**

irisanette@gmail.com
909 34 857

Oppland**Iver Sørlie Røhr**

iversr@gmail.com
916 35 382

Oslo**Birgit Aanderaa**

biraan@ous-hf.no
917 12 983

Rogaland**Elise Constance Fodstad**

ecgr@sus.no
930 07 971

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**Espen Nicolaisen**

espennicolaisen@outlook.com
950 60 605

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**Øyvind Nordhus**

nordhus@me.com
911 61 779

FAGETISK RÅD**Maria Norheim, leder**

Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

**ANKEUTVALG
FOR FAGETISKE
KLAGESAKER****Rune Raudeberg, leder,**

e-post rune.raudeberg@gmail.com, tlf. 952 47 487

**LØNNS- OG ARBEIDS-
MARKEDSUTVALGET****Rune Frøyland, leder,**

tlf. 450 30 522

Ingvild Gregersen,

nestleder, tlf. 957 27 801

Bjarte Bønes Bruntveit,

Spekter-helse, tlf. 909 98 052

Birgit Aanderaa, Spekter-

helse, tlf. 917 12 983

Inger Marie Andreassen,

KS, tlf. 924 28 703

Bjørn Arne Øvrebø, Stat,

tlf. 982 49 732

Helene Kindle-Skau, Virke/

HUK, tlf. 924 28 703

Grete Schau, Privatpraksis,

tlf. 909 19 372

Ingrid Grov Mannsverk,

Oslo kommune, tlf. 482 98 128

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS****Rune Frøyland, leder,**

e-post rfroey@online.no,
tlf. 67 92 20 40

SPECIALITETSRADET**Arnild Lauveng,**

e-post post@arnhildlauveng.com
tlf. 913 17 162

KVALITETSUTVALGET

Arnhild Lauveng,
e-post post@
arnhildlauveng.com
tlf. 913 17 162

FAGUTVALGENE

Felleselementene
Geir Skauli, leder, e-post
geir.skauli@skien.kommune.
no, tlf. 907 90 513

**Barne- og
ungdomspsykologi**

Lars Ravn Øhlckers, leder,
e-post larsravnohlckers@
gmail.com, tlf. 908 81 250

Familiepsykologi

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

**Rus- og
avhengighetspsykologi**

Eva Karin Løvaas, leder,
e-post evakarinoevaas@
gmail.com, tlf. 916 64 076

Eldrepsykologi

Jørgen Wagle, leder,
e-post jorgen.wagle@
aldringoghelse.no,
tlf. 950 74 358

Psykoterapi

**Ingunn Aanderaa
Opsahl**, leder, e-post
ingunnaanderaa@hotmail.
com, tlf. 971 50 507

Voksenpsykologi

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

Nevropsykologi

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

Habiliteringspsykologi

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

Arbeidspsykologi

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

**Samfunn- og
allmennpsykologi**

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

Organisasjonspsykologi

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

Klinisk helsepsykologi

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

**GODKJENNINGS-
UTVALGET**

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

**ANKEUTVALGET FOR
SPESIALISTSAKER**

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

**FAGUTVALG FOR
RETTPSYKOLOGI OG
SAKKYNDIGHET**

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

**STUDENTPOLITISK
UTVALG**

Morten Bremnes, UiB, leder,
e-post bremnesmorten@
gmail.com, tlf. 478 38 693

KLIMAUTVALGET

Tommy Sotkajærvi, leder,
e-post sotkarjaervi@gmail.
com, tlf. 984 18 586

**FORSKNINGSPOLITISK
UTVALG**

Roger Hagen, leder, e-post
roger.hagen@svt.ntnu.no,
tlf. 481 09 789

**MENNESKERETTIG-
HETSUTVALGET**

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

TESTPOLITISK UTVALG

Tanya Ryder, leder, e-post
tanya.ryder@hotmail.com,
tlf. 918 41 109

**YNGRE PSYKOLOGERS
UTVALG**

Espen Falch-Nicolaisen,
fung. leder, e-post
espennicolaisen@outlook.
com, tlf. 950 60 605

**VALGKOMITEEN
I NORSK
PSYKOLOGFORENING**

Ane Johnsen Lien, leder,
e-post ane.lien@lyse.net,
tlf. 414 02 259

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Karsten Karlsøen,
kommunikasjonssjef og
myndighetskontakt, e-post
karsten@psykologforeningen.
no, tlf. 976 11 591
Ida Kvittingen, nettredaktør,
e-post ida.kvittingen@
psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås,
administrasjonssjef,
e-post linda@
psykologforeningen.no
Toril Dyrhøvd,
nestleder, e-post toril@
psykologforeningen.no

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingssjef
Joakim Solhaug, nestleder
Kontakt
forhandlingsavdelingen@
psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Kim Edgar Karlsen,
fagsjef, e-post kim@
psykologforeningen.no
Aina Fraas Johansen,
nestleder, e-post aina.f.j@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Bjørnhild Stokvik,
utdanningssjef,
e-post bjornhild@
psykologforeningen.no
Eva Danielsen,
nestleder, e-post eva@
psykologforeningen.no
Kontakt kurs@
psykologforeningen.no

**NORSK
PSYKOLOGFORENING**

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
Besøksadresse: Kirkegata 2
Tlf. 23 10 31 30
Faks 22 42 42 92
E-post post@
psykologforeningen.no
Hjemmeside
www.psykologforeningen.no

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
Besøksadresse:
Grev Wedels plass 4

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, Privatpraksis
Kjersti Arefjord, Universitetet i Bergen
Eva Dalsgaard Axelsen, Universitetet i Oslo
Henning Bang, Universitetet i Oslo
Per-Einar Binder, Universitetet i Bergen
Anne Inger Helmen Borge, Universitetet i Oslo
Tim Brennen, Universitetet i Oslo
William Brochs-Haukedal, Norges handelshøyskole
Nikolai Czajkowski, Universitetet i Oslo
Knut Dalen, Universitetet i Bergen
Gudrun Dieserud, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Fanny Duckert, Universitetet i Oslo
Atle Dyregrov, Senter for krisepsykologi

Tor-Johan Ekeland, Høgskulen i Volda
Ståle Einarsen, Universitetet i Bergen
Hege R. Eriksen, Universitetsforskning Bergen
Anders Martin Fjell, Universitetet i Oslo
Magne Arve Flaten, Universitetet i Tromsø
Rolf W. Gråwe, St. Olavs hospital
Siri Erika Gullestad, Universitetet i Oslo
Roger Hagen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Odd E. Havik, Universitetet i Bergen
Anthony Hawke, Familievernkontoret i Stavanger
Asle Hoffart, Modum Bad
Arne Holte, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Hanne Haavind, Universitetet i Oslo
Reidun Ingebretsen, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
Tine K. Jensen, Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress
Leif Edward Ottesen Kennair, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Stein Knardahl, Statens arbeidsmiljøinstitutt
Gerd Kvale, Universitetet i Bergen

Øyvind Kvello, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Kim Larsen, Sykehuset Østfold
Arild Lian, Bredtvet kompetansesenter
Gro Therese Lie, Universitetet i Bergen
Astri J. Lundervold, Universitetet i Bergen
June Ullevoldsæter Lystad, Oslo Universitetssykehus
Svein Magnussen, Universitetet i Oslo
Øyvind Lund Martinsen, Handelshøyskolen BI
Willy-Tore Mørch, Universitetet i Tromsø
Simon-Peter Neumer, RBUP Øst og Sør, Oslo
Geir Høstmark Nielsen, Universitetet i Bergen
Hans Nordahl, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Inger Hilde Nordhus, Universitetet i Bergen
Terje Ogden, Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU)
Ståle Pallesen, Universitetet i Bergen
Magne Raundalen, Senter for krisepsykologi
Ivar Reinvang, Universitetet i Oslo
Astrid M. Richardsen, Handelshøyskolen BI
Jan H. Rosenvinge, Universitetet i Tromsø

Bjørn Rishovd Rund, Universitetet i Oslo
Frida Gullestad Rø, Universitetet i Oslo
Michael Helge Rønnestad, Universitetet i Oslo
Gro Mjeldheim Sandal, Universitetet i Bergen
Per Øystein Saksvik, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Borrik Schjødt, Haukeland universitetssykehus
Jan Skjerve, Universitetet i Bergen
Ingunn Skre, Universitetet i Tromsø
Arvid Skutle, Stiftelsen Bergensklinikkene
Lars Smith, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse
Håkan Sundberg, Universitetet i Bergen
Frode Svartdal, Universitetet i Tromsø
Nora Sveaass, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo
Stephen von Tetzchner, Universitetet i Oslo
Odd Arne Tjersland, Universitetet i Oslo
Bente Træen, Universitetet i Oslo
Merete Øie, Sykehuset Innlandet HF
Simon Øverland, Universitetet i Bergen

Til bidragsyterne: Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til redaksjonen@psykologtidsskriftet.no. Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav (psykologtidsskriftet.no, se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal inneholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 150 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 15 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000/40 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn) eller «fra praksis»-bidrag (maks 20 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistoppgave.

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 eller www.psykologtidsskriftet.no, se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

Frist for innlevering av annonser:
15.02, 19.03, 19.04, 19.05, 18.06, 19.07, 19.08,
17.09, 18.10, 18.11

