

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

# PSY KOL OGI

Vol.58 nr.09 2021

**Rettspsykologisk  
suksess**

*Aktuelt*

---

**100 ÅR MED  
RORSCHACH**

*Fagessay*

---

**Evaluering av  
familievernets  
differensierings-  
verktøy**

*Originalartikkel*

---

**Jeg var en  
omnipotent  
ISTDP-terapeut**

*Debatt*



# PSY KOL OGI

Vol. 58 nr. 09 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

**Psykologfaglig redaktør** Gro Walø-Syversen,

gro@psykologtidsskriftet.no, tlf. 908 45 076

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

**Teknisk redaktør** Christian von Schack,

christian.schack@psykologtidsskriftet.no, tlf. 483 30 455

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

Øystein Helmiqstøl, 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,

tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

**Sentralbord** 23 10 31 30

**Redaksjonsråd** Joar Øveraas Halvorsen, Cathrine Idsøe,

Pia Beate Pedersen og Martin Bystad

Denne utgaven ble godkjent til trykk 25.08.2021

**Omslagsillustrasjon** Steph Hope

**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,

Tekstrekameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell

fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening



# Høsten kom tidsnok

**September er den** første høstmåned, og i år tegner den til å bli den første måneden etter nedstengningen der livet begynner å komme i mer normal gjenge igjen.

**Høsten har alltid** vært min favoritt blant årstidene, og nå i september skal jeg delta på den første fysiske boklanseringen på svært lang tid. Det er lenge siden sist vi hadde mulighet til å møtes, snakke og koble oss på hverandre, slik vi mennesker gjør best i de personlige møtene. I år knytter det seg for meg en ekstra spenning til det å oppdage hva ulike skribenter har brukt tiden til da samfunnet gikk i hi. Jeg tror vi vil få en interessant høst.

**Blant annet fyller** Den norske Rorschach-foreningen 100 år, ganske nøyaktig på samme tid som du får denne utgaven av Psykologtidsskriftet i hende. Rorschach-metoden er kanskje den mest kjente – og mest myteomspunne – blant psykologens verktøy. I dag blir det lite brukt, noe som kanskje skyldes mer misoppfatninger enn evidens? I et fagessay på side 746 skriver Cato Grønnerød, lederen av Den norske Rorschach-foreningen, at «Rorschach-metoden er faktisk den best dokumenterte personlighetsvurderingsmetoden vi har». Foreningen arrangerer et jubileumsseminar senere i år som kanskje vil vekke ny interesse for projektive testmetoder generelt og for Rorschach spesielt.

**Denne høsten vil** det foregå arbeid knyttet til bruk av tvang i psykisk helsevern. Prosessen har pågått over flere år, og temaet bruk av tvang er neppe noe fagfeltet bli ferdig med i nær fremtid. Tvang er knyttet til utfordrende temaer som menneskerettigheter, jus og ikke minst etikk. I fagessayet «En etisk drøfting av tvang uten døgnopphold» på side 753 tar Live Almås-Norum et al. oss gjennom de mest sentrale etiske utfordringene som knytter seg til bruk av tvang i psykisk helsevern.

**September er måneden** for den årlige Psykologkongressen som går av stabelen i Oslo. Psykologtidsskriftet kommer til å delta, og vi håper å treffe på engasjerte psykologer som vil dele sine tanker og ønsker med oss rundt fagtidsskriftet for psykologene.

**Ønsker deg en** riktig god og innholdsrik høst.



**Katharine Cecilia Williams**

Sjefredaktør  
katharine@  
psykologtidsskriftet.no



Jeg tror vi vil få en interessant høst

# 746



ILLUSTRASJON: STEPH HOPE

## 100 ÅR MED BLEKKFLEKKER

I år er det hundre år siden Hermann Rorschach publiserte sin bok *Psykodiagnostik*. Cato Grønnerød mener testen står seg godt empirisk - tross skepsis i moderne tid.

*Fagessay*

# 760



FOTO: THE MET

## KRENKELSER UTEN ORD

«Gjorde de virkelig det mot deg? Jeg blir fylt av en følelse av at ingenting kan rette opp i det grusomme og tapte som krenkelsene innebærer.»

*Fagessay*

# 804



FOTO: HELEGE SKODVIN

## BEDRE MED BRUDD

Vi forventer at voksne barn nærmest alltid skal opprettholde kontakten med foreldrene sine. Men av og til kan et brudd være det eneste mulige, skriver Ida Sund Morken. Hun har lest Sandra Lillebøs (bildet) roman *Tingenes tilstand*.

*Bokessay*

# Innhold

- 737 **Høsten kom tidsnok**  
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 740 **Rettspsykologisk suksess**  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 746 **Hvorfor mister fagfolk gangsynet i møte med Rorschach-metoden?**  
Fagessay | Cato Grønnerød
- 752 **En etisk drøfting av tvang uten døgnopphold**  
Fagessay | Live Almås-Norum et al.
- 760 **Om å bevitne det grusomme og tapte - Interdisiplinære bidrag til traumefeltet**  
Fagessay | Linda Sandbæk
- 766 **Foreldre underrapporterer om konflikter og utfordringer i forkant av mekling: En evaluering av familievernets differensieringsverktøy**  
Originalartikkel | Solveig Dittmann, Linda Larsen & Tonje Holt
- 776 **Variierende kvalitet på barneavhør**  
Forskningsintervju | Øystein Helmikstøl
- 778 **Jeg jobber i det offentlige og skal starte privat praksis. Jeg vil gjerne fortsette oppfølgingen med noen av pasientene der - men bør jeg det?**  
Etikkpanelet | Maria Løvvik Norheim
- 780 **MENINGER**  
Hovedkronikk: Jeg var en omnipotent ISTDP-terapeut | Ingeborg S. Lishaugen (s. 782)  
Debatt: Ledelse (s. 780), Rusbehandling, (s. 787), ME (s. 788), Medisinfri behandling (s. 790 & 792), Levekår (s. 795)
- 798 **INNTRYKK**  
Anmeldelser: Velskrevet, men faglig lettvtint (s. 798), Nyttig, men ikke revolusjonerende (s. 800)  
Fri assosiasjon: Strofer fra terapirommet | Emil Mogård (s. 802)  
Bokessay: Betydningen av et brudd | Ida Sund Morken (s. 804)
- 811 **Annonser**
- 821 **Stillingsannonser**



**FÅR ORDEN PÅ RETTSPSYKOLOGIEN** Jussprofessor Ulf Stridbeck vil introdusere hvor viktig psykologi er i rettsaker for å hindre uriktige domfellelser. Han er nå ansvarlig for det nye faget *rettspsykologi* på Universitetet i Oslo.

## Rettspsykologisk suksess

Jussprofessor Ulf Stridbeck og psykologiprofessor Tim Brennen har dratt i gang et historisk nytt fag i rettspsykologi ved Universitetet i Oslo. Både juss- og psykologistudenter strømmer til.

**TEKST OG FOTO** Øystein Helmikstøl

**NOVEMBER 2020: PSYKOLOGIPROFESSOR** Tim Brennen ved Universitetet i Oslo sender en e-post til administrasjonen og spør hvor mange studenter som har meldt seg på det nye faget *rettspsykologi*.

– Jeg fikk beskjed om å slappe av. Dette ville ikke bli klart før i desember, sa de.

Brennen var en smule bekymret og fryktet at få studenter var interessert. Han fikk vite at på dette tidspunktet var det påmeldt fem jusstudenter og én psykologistudent. Han og professor emeritus Ulf Stridbeck håpet på 15 påmeldte når tidsfristen for påmelding utløp.

Det ble godt over 100. Og fordelingen mellom jusstudenter og profesjonsstudenter i psykologi ble 50–50. Første halvårskurs ble ferdig før sommeren, neste kurs starter på nyåret.

### BAKGRUNNEN

Jusstudenter har hittil ikke fått undervisning i rettspsykologi. Det har ikke vært en del av jusstudiet, forteller pensjonist Ulf Stridbeck på

kontoret sitt i Oslo sentrum. Tim Brennen opplyser at psykologistudenter har fått minimalt med undervisning om dette emnet.

– Rettspsykologi er blitt spredt hit og dit. Nå samler vi det. Vi fyller et hull. Det er et nokså grunnleggende emne. Vi forankrer det i grunnforskning. Det er ikke slik at når du er ferdig med dette kurset, så er du klar for å gå i retten. Et emne om praktisk sakkyndighetsarbeid ledet av psykologiprofessor Annika Melinder kommer seinere i studiet.

Ideen om et undervisningstilbud kom fra to kanter, forteller Brennen og Stridbeck. Innenfra, på Psykologisk institutt, har en tverrfaglig forskergruppe samlet seg jevnlig gjennom mange år og vært opptatt av rettspsykologisk forskning. Brennen fikk ideen om å lage et undervisningstilbud i rettspsykologi med nettopp vekt på forskningen, og han og Stridbeck jobbet i to år for å få det nye fagtilbudet på plass.

Men interessen har også kommet utenfra. Både Brennen og Stridbeck har blant annet hatt kurs for ferdig utdannede jurister på Juristenes Utdanningssenter.

– Det har lenge vært behov for og etterspørsel etter rettspsykologisk kunnskap. Mangeårig psykologiprofessor Svein Magnussen (se undersak, side 744) skriver i sin lærebok<sup>1</sup> at for eksempel vitnepsykologi er noe alle aktører i rettsvesenet burde kjenne til. Andre fagpersoner, offentlige utvalg, sentrale justispolitikere og Riksadvokaten har støttet at rettspsykologi er viktig, påpeker Stridbeck, som tidligere prøvde å få på beina et landsdekkende senter for rettspsykologi. Det prosjektet har han gitt opp.

## RETTSSIKKERHET

Både Svein Magnussen og Tim Brennen har hatt startkurs i vitnepsykologi for dommere.

– Kurset var på bare to timer, sier Brennen.

– *Det høres lite ut?*

– Ja, det er lite. Det kan gå på rettssikkerheten løs. Man kan tenke på det som en oppoverbakke: Hvis man slutter å jobbe med det, så går det nedover. Bevisstgjøring og motvirkning av fenomener som for eksempel bekreftelsesfelle er et kontinuerlig arbeid, heller enn noe man kan vaksineres mot med en forelesning.

Det nye rettspsykologifaget som Brennen og Stridbeck startet opp i vår, tilbyr studentene 20 timers undervisning. Det er valgfag både på psykologi- og jusstudiet.

– *Hvorfor mener dere at rettspsykologi er viktig?*

– Det koker ned til rettssikkerhet. Vi må forhindre feilaktige domfellelser. Så enkelt er det. Det er for mye folkløse ute og går blant vanlige folk, men også hos dommere og advokater. De har sin egen oppfatning om hvordan folk fungerer og tenker. Da sier vi: Så enkelt er det ikke. Vi åpner opp for tvilen, sier Stridbeck, som vil bidra til en bevisstgjøring om at det kan gå galt i rettssystemet.

– Det er ikke ofte det går virkelig galt i rettssystemet, men det skjer.

Det er ikke alltid man kan stole på vitneforklaringer, påpeker Stridbeck. Noen kan ha falske minner. Og han minner om saker der det har vært falske tilståelser.

– Vi har hatt Fritz Moen. Vi har hatt Rødseth-saken i sin tid. Og Thomas Quick, ikke minst.

.....

1. Magnussen, S. (2017). *Vitnepsykologi 2.0*. Abstrakt forlag.

## Rettspsykologi

- Et fagområde som ligger i skjæringspunktet mellom psykologi og rettssystemet.
- Anvendt psykologisk kunnskap i rettspleiens tjeneste.

*Kilder: Wikipedia, Norsk psykologforening*

– Med psykologisk kunnskap vet du at det vitnet fortalte først, har høyere sannsynlighet for å være riktig

*Tim Brennen, professor i psykologi ved UiO*

# Rettspsykologi fases ut

Rettspsykologi forsvinner som eget emne i det nye RETHOS-løpet.

**PSYKOLOGTIDSSKIFTET HAR SPURT** ledere for psykologutdanningene andre steder i landet om de tilbyr faget rettspsykologi, og om de har et lignende tilbud som det nye valgfaget ved Universitetet i Oslo, for både juss-studenter og psykologistudenter.

Norman Anderssen er dagfersk dekan ved Det psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen, i tillegg til å være forsker ved Allmennmedisinsk forskningsenhet på NORCE (Norwegian Research Centre).

– Så vidt jeg vet, har vi ikke et lignende tilbud i rettspsykologi ved UiB selv om vi har noe samarbeid med kolleger fra juss i enkelte studieemner, knyttet til undervisning i arbeids- og organisasjonspsykologi og undervisning på master i barnevern, skriver Anderssen i en e-post.

Ved Universitetet i Tromsø har de ingen emner som tilbys spesifikt for juss- og psykologistudenter, men har et emne som heter «sakkyndighetsarbeid for psykologer» (PSY-2803), og som inngår i profesjonsstudiet i psykologi.

Enn så lenge tilbyr NTNU i Trondheim eget emne i rettspsykologi på psykologutdanningen: PSYPRO4505 – Rettspsykologi og sakkyndighet, 7,5 studiepoeng.

– Siste forelesning i emnet er høsten 2025. Rettspsykologi videreføres ikke som eget emne i det nye RETHOS-løpet, revidert studieplan. Rettspsykologi blir der integrert i andre emner, opplyser seniorkonsulent Unni Skrede Koen ved Institutt for psykologi.

## - TOPPFOLKENE

På spørsmål om hva det nye valgfaget rettspsykologi inneholder, forteller Ulf Stridbeck at de har invitert det han omtaler som toppfolkene i Norge.

– Vi har om barneavhør med psykolog Annika Melinder. Vi har om avhørsmetoden *Kreativ* med Asbjørn Rachlew. Vi har om falske minner og falske tilståelser. Vi tar også opp troverdighetsvurderinger. Om hva som er *troverdighet*, og hva som er *pålitelighet*.

Det siste blir ifølge Brennen belyst fra begge fags vinklinger:

– Vi har en psykolog som kommer inn og snakker om troverdighet. Det er Ellen Wessel. Og vi har en sosiolog med doktorgrad fra juridisk fakultet, Lisbeth Skyberg, som forklarer hvordan troverdighetsvurderinger, og holdningen i norsk rett til troverdighet, har endret seg over tid, sier Brennen. Stridbeck supplerer:

– Skyberg viser at juristene var først ute med å se troverdighetsproblematikken. Klassikerne innenfor jussen holdt allerede på 1800-tallet på med dette, det var jo lenge før psykologene. Det er interessant, ny kunnskap<sup>2</sup> som Skyberg har oppdaget.

## RELEVANS OG ROLLER

Norsk psykologforening har ingen god oversikt over hvor mange psykologer som tar sakkyndig-opdrag for en part i forbindelse med en rettssak, får Psykologtidsskriftet opplyst.

Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS) har ansvaret for den nasjonale oversikten over sakkyndige. Den 11. august var det der registrert 140 sakkyndige som gjennomfører rettspsykiatriske undersøkelser. Av disse er 64 psykologer, opplyser rådgiver John Sigurd Tetlien til Psykologtidsskriftet.

Hvor relevant er egentlig rettspsykologi for kliniske psykologer, kan man undre seg over. Tim Brennen minner om at psykologistudentene som tar dette kurset, går på profesjonsstudiet, de alle fleste utdanner seg altså til klinikere.

– Noen blir også klinisk sakkyndige i retten. Vi tar opp dette på kurset, i en samtale med psykologspesialist og mangeårig sakkyndig Pål Grøndahl, og drøfter forskjellen på klinikk og rettssal, svarer Brennen.

2. Skyberg, L. (2019). *Rettslige forklarings troverdighet*. Avhandling for graden ph.d. Juridisk fakultet.



Han påpeker at en kliniker har en helt annen rolle enn en sakkyndig som for eksempel kommer inn og oppsummerer konsensus på vitenskapelig litteratur.

– Den kliniske rollen innebærer selvsagt empati og gjerne også at man tror på sin klient, men i en rettslig kontekst er det ikke nødvendigvis klinikerens selv som skal vurdere hvorvidt utsagn fra en pasient er riktig eller ikke. Man tar også inn eksterne sakkyndige for å vurdere tilregnelighet. En kliniker har en terapeutisk rolle. Men jeg kan se at det for retten er vanskelig å skille disse ulike rollene. Retten får inn en ekspert som uttaler seg, og sier at vedkommende er troverdig.

Brennen forteller at han har sett eksempler på rolleblending, eller manglende forståelse hos dommere, for disse ulike rollene som én og samme psykolog kan ha i retten.

– Det nye valgfaget gir psykologer et vitenskapelig fundament. Dette har ikke noe med terapi å gjøre, understreker Brennen.

Stridbeck sier at han vil introdusere hvor viktig psykologi er i rettsaker for å hindre uriktige domfellelser.

– Først introduserer vi rettssystemet, psykologistudenter har jo ikke peiling på mye av dette. Så får juristene en tilsvarende mini-introduksjon om psykologien. Slik kan de lære å kjenne hverandres miljøer.

## POLITIAVHØR

Psykologtidsskriftet skrev i 2018 om en forskergruppe med psykolog Miriam Sinkerud Johnson i front, som var i gang med å granske 1000 avhør av barn. Det ble omtalt som verdens største studie av barneavhør (se eget intervju med Sinkerud Johnson på side 776).

– Gjennomgående stilles det for mange suggestible spørsmål i avhørene, sa Johnson blant annet.

Oppdragsgiver Justis- og beredskapsdepartementet skal få endelig prosjektrapport i 2022, ifølge Johnson.

Brennen og Stridbeck opplyser at dette også har vært tema på emnet deres i vår.

– Vi vet at suggestive teknikker induserer feil, det er i alle fall stor fare for det, uten å ta stilling til om en forklaring er oppdiktet eller ikke, sier Brennen.

Utviklingen av avhørsteknikker er ifølge Stridbeck et stort tema innenfor rettspsykologi, og han mener Kreativ-metoden utviklet av norske avhørsekspert er spesielt interessant.

– Man foretar avhør i både straffesaker og sivile saker, avhør er helt sentralt i rettssystemet. Derfor er det også viktig at de går riktig for seg, sier Stridbeck.

## EKSEMPLER

Brennen og Stridbeck trekker fram det store vendepunktet for hvordan man tenkte om politiavhør, og som førte til at psykologisk kunnskap i politiet og i rettssystemet ble mye viktigere enn før: Bjugn-saken på 90-tallet.

– Man ble oppmerksom på dilemmaer ved barns hukommelse og har i ettertid i større grad måttet spørre om barn alltid snakker sant. Og om man kan påvirke barn til å si noe annet enn det som er sannheten, sier Stridbeck.

Han framhever at i Bjugn-saken snakket barna med foreldre, og med terapeut. Og ble utsatt for suggestive barneavhør.

– Igjen: Det er veldig viktig for rettssikkerheten at avhør går riktig for seg. Man må ha kunnskap, for eksempel om kroppsspråk. Noen har jo ment at man kan se når folk lyver. Det har vi i vår forskergruppe klart



**BANEBRYTENDE** For første gang får jusstudenter undervisning i rettspsykologi. Ansvarlige for det nye valgfaget på Universitetet i Oslo er blant andre psykologiprofessor Tim Brennen. Foto: Lasse Moer/UiO.

å avkle. Kroppsspråk er vitenskapelig udokumentert.

Tim Brennen understreker at politi og rettssystemet må være spesielt oppmerksomme på dette:

– Når man hører på et vitne, og når man ser på resultatene av et avhør, må man stille spørsmålet: Hva er historien her? Hva er utviklingen i det som vedkommende har fortalt? Har vitnet sagt noe annet først? Faren er at man har sett den polerte, innøvde versjonen i retten. Men med psykologisk kunnskap vet du at det vitnet fortalte først, har høyere sannsynlighet for å være riktig. Hvis jurister og dommere hadde vært klar over dette, hadde rettssikkerheten vært bedre.

En ting er ifølge Brennen å påpeke at metodene som er brukt i en konkret sak, ikke holder mål. En annen er en fagdebatt om hvorvidt minner for eksempel kan bli fortrent.

– Det vi forsøker å formidle til studentene, er at man bør ha total bakkekontakt med den vitenskapelige litteraturen, avslutter han. »



**VITNEPSYKOLOGEN** Mangeårig psykologiprofessor Svein Magnussen dro i gang fagfeltet psykologi og juss for 20 år siden, da faget vitnepsykologi var nesten helt ukjent i Norge. Foto: Nora Skjerdingstad.

## Empiri mot myter

Det er et problem at deler av klinisk psykologi er styrt av en del gamle ideer, som ikke nødvendigvis har god empirisk støtte, mener nestor i vitnepsykologi Svein Magnussen.

**DET ER IKKE** feltet psykologi og juss kliniske psykologer er mest opptatt av, påpeker professor emeritus i kognitiv psykologi Svein Magnussen. Han har blant annet fått Norges forskningsråds pris for fremragende forskning og har bygd opp en forskergruppe i vitnepsykologi. Han har også vært medlem i Kommisjonen for gjenopptakelse av straffesaker.

Han er ikke så glad i betegnelsen *rettspsykologi* på det nye faget som Ulf Stridbeck og Tim Brennen har ansvaret for. Han mener det dermed kan forveksles med det gamle og vel etablerte feltet *rettspsykiatri*, der vurdering av tilregnelighet står sentralt.

– Men i koblingen mellom psykologi og juss gjelder det spørsmål som dette: I hvilken grad

er rettsvesenet kjent med de fallgruvene man kan gå i når man skal vurdere vitners troverdighet og pålitelighet? Her har ikke psykiatrien noen spesiell kompetanse.

### - GAMLE IDEER

Det er koblingen mellom de to fagene psykologi og juss psykolog Magnussen er opptatt av.

- Feltet psykologi og juss bygger i stor grad på empiri: Hva er det vi forskningsmessig kan dokumentere? Deler av klinisk psykologi er preget av en del gamle ideer, som ikke nødvendigvis har god empirisk støtte, samtidig som kliniske psykologer er lite kjent med vitnepsykologisk forskning. Det er for eksempel en utbredt forestilling om at traumatiske minner blokkeres fra bevisstheten, at det foreligger pålitelige atferdstegn på løgn og at erfarne klinikere er i stand til å vurdere troverdighet, men intet av dette har støtte i forskning. Dette kan være et problem i retten.

- *Hva vil du si om utviklingen for fagfeltet psykologi og juss siden du begynte med det for rundt 20 år siden?*

- Den gang var det ingen av rettens aktører som hadde kunnskap om dette. Dette faget, denne delen av psykologien, var nesten ukjent i Norge. Faget ble etter hvert akseptert og etablert i norske fagmiljøer, og særlig i rettssammenheng. I dag er dommere, advokater og påtalemyndigheten mye mer kjent med denne forskningen enn det de var for 20 år siden.

- *Hva var det som fikk deg så interessert og engasjert i dette den gangen?*

- Det var en tilfeldighet. Jeg begynte å bli interessert i hukommelse, spesielt hverdagslivets hukommelse: Hva er det vi husker av livet vårt? I den sammenhengen kom jeg over, antakelig litt tilfeldig, dette temaet internasjonalt. Det viste seg at det allerede var mye forskning på koblingen psykologi og juss. Internasjonalt var det et veletablert forskningsområde og et fag som heller ikke jeg og mine psykologikolleger var klar over. Interessant nok skrev Harald Schjelderup en artikkel som var oppdatert på dette allerede på 30-tallet. Men det var glemt, eller ingen var opptatt av det.

Det var en del saker som endret synet på koblingen mellom psykologi og juss, Bjugn-saken, blant annet.

- *Hvem er det som har vært banebrytende internasjonalt på dette feltet?*

- Mange, men kanskje særlig Elizabeth Loftus, hun er den som på mange måter har gjort fagmiljøet oppmerksom på vitnepsykologi som fag. Hun publiserte helt tilbake i 1979 en generell bok i vitnepsykologi.

Svein Magnussens egen bok om vitnepsykologi har vært sentral i Norge. Forfatteren selv understreker at det er den eneste boka på norsk om dette.

- Det finnes ikke en tilsvarende bok på norsk, ikke internasjonalt heller. Den dekker hele vitnepsykologien. Dette er et felt der det ikke er så store kontroverser, og det er veldig empirisk styrt, der fagfolk stort sett er enig, og justerer hele tiden i forhold til empiri. Jeg skrev den i 2004, den ble oppdatert i 2017 og skal oppdateres igjen til neste år. ✘

- Det er en utbredt forestilling om at traumatiske minner blokkeres fra bevisstheten, at det foreligger pålitelige atferdstegn på løgn og at erfarne klinikere er i stand til å vurdere troverdighet, men intet av dette har støtte i forskning

*Svein Magnussen, professor emeritus*

## Hvorfor mister fagfolk gangsynet i møte med Rorschach-metoden?

Rorschach-metoden har som 100-åring et solid vitenskapelig grunnlag sammenliknet med andre brede personlighetstester. Dette bør fagfolk ta inn over seg og la foreldet kritikk ligge.

**TEKST** Cato Grønnerød, første-amanuensis og spesialist i klinisk voksenpsykologi, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

**KONTAKT** catogro@psykologi.uio.no.

**MERKNAD** Grønnerød er leder i Den norske Rorschach-forening, medlem av R-PAS Research and Development Group, medlem av Testpolitisk utvalg i Norsk psykologforening.

**ILLUSTRASJON** Steph Hope

I 2021 er det hundre år siden Hermann Rorschach publiserte sin bok *Psykodiagnostik* (Rorschach, 1921). Året markeres på forskjellig vis, både i Norge og internasjonalt. Blant annet blir Hermann Rorschachs bok utgitt i ny engelsk oversettelse, og Den norske Rorschach-forening arrangerer et jubileumsseminar 5. november.


Hermann Rorschach var en ung og lovende psykiater som for litt over hundre år siden begynte på et eksperiment hvor han ville undersøke hvordan folk skaper og uttrykker mening i et sammensatt stimulusmateriale. Metoden han publiserte i 1921, skulle få stor innflytelse i psykologien og psykiatrien, men også i populærkulturen, slik Damion Searls (2017) viser i sin bok *The Inkblot*. Populariteten og bruken økte voldsomt fram mot 1960-tallet, men metoden har siden den tid også vært gjenstand for gjentakende runder med skepsis og kritikk.

Geir Høstmark Nielsen oppsummerte i 1990 status for Rorschach-metoden (Høstmark Nielsen, 1990), og jeg gjorde det samme et knapt tiår senere (Grønnerød, 1999), men svært mye har skjedd de siste 20 årene. Det kan derfor være på sin plass å presentere hvor forskningen står i dag.

### BEST DOKUMENTERTE METODEN

Ironisk nok har Rorschach-metoden aldri hatt en så solid vitenskapelig status som nå, samtidig som den aldri har vært så lite brukt. Rorschach-metoden er faktisk den best dokumenterte personlighetsvurderingsmetoden vi har (Mihura et al., 2013; Mihura, Bombel et al., 2018; Society for Personality Assessment, 2005). Den harde kritikken de siste 30 årene har resultert i mye forskning, og ikke minst mange metaanalyser, som viser til like gode psykometriske egenskaper for Rorschach-metoden som for andre metoder. Samlet sett overgår mengden dokumentasjon det som foreligger for andre store vurderingsmetoder (Mihura, Bombel et al., 2018). Andre metoder mangler særlig systematisk og kritisk vurdering av forskningsgrunnlaget som presenteres i manualer, og ikke minst omfattende metaanalyser.

Allikevel hører man stadig de samme argumentene mot Rorschach-metoden som ble presentert for rundt 25 år siden. Joni Mihura, en av de sentrale forskerne i feltet, har uttrykt det slik: «Det er ikke uvanlig å høre akademikere, klinikere, studenter og [andre] påstå at 'Rorschach-metoden er ikke valid'. Men selv ikke de mest påståelige fagfolkene som



betegner seg som 'Rorschach-kritikere', sier at metoden ikke er valid.» (Mihura et al., 2018, s. 1, min oversettelse). De argeste kritikerne for 25 år siden, særlig James Wood og Howard Garb, har nemlig gått tilbake på sin anbefaling om å stoppe bruken av metoden i kliniske og rettslige sammenhenger (Wood et al., 2015), og anerkjenner med dette at Rorschach-variabler har god reliabilitet og validitet til bestemte formål. Likevel dras gamle og utdaterte argumenter stadig opp av kolleger rundt omkring.

#### **BACKLASH OG NYVINNING**

Da jeg sist oppsummerte status i 1999, var vi inne i det som har blitt kalt «backlash»-perioden for Rorschach-metoden (Bornstein, 2001). Forskningen hadde tatt seg betydelig opp, og man hadde en slags standard for skåring og tolkning i The Comprehensive System (CS, Exner, 2003), et system som viste god reliabilitet og validitet for skårene. Så startet en bølge av kritikk (Dawes, 1994; Garb, 1999; Wood et al., 1996; Wood & Lilienfeld, 1999) som mange skeptikere fikk med seg. Det de ikke fikk med seg, eller overså, var alle svarene som avviste mye av kritikken som ubegrunnet eller misforstått, eller alle de studiene som la grunnlag for å rette opp de manglene som helt »



klart var til stede. Garb, Wood og mange andre kritikere ble beskyldt for å sette langt høyere standarder for Rorschach-metoden enn for andre metoder, noe som selvfølgelig er uholdbart. For en oppsummering av debatten den gang henvises den interesserte leser til Meyer og Archers opplisting av styrker og svakheter (Meyer & Archer, 2001) og ikke minst til den svært godt dokumenterte uttalelsen fra styret i Society for Personality Assessment om at Rorschach-metoden tilfredsstillende vanlige krav til psykometriske egenskaper for vurderingsmetoder (Society for Personality Assessment, 2005).

Den heftige debatten, sammen med avgjørelsen om at CS ikke lenger ville bli videreutviklet etter John E. Exners død i 2006, ledet fram til utviklingen av Rorschach Performance Assessment System, eller R-PAS (Meyer et al., 2011). Systemet fokuserer på Rorschach-metodens styrker slik disse fremstår i den svært omfattende metaanalysen av Rorschach-variabler publisert i Psychological Bulletin av Joni Mihura og kolleger (Mihura et al., 2013), samt mange andre studier av psykometriske egenskaper. Normgrunnlaget består av et internasjonalt utvalg på over 4000 personer, noe som er unikt i test-sammenheng. En ny innsamling av normdata for R-PAS er også underveis. R-PAS er etter mitt skjønn det beste systemet for fremtiden. Det er empirisk sett svært solid, med presise retningslinjer for administrasjon, empirisk baserte aggregerte variabler, normert resultatpresentasjon og strukturert tolkning.

#### **METODEPLURALISME**

Svært mye forskning de siste tiårene har underbygget det Robert Bornstein kaller heterometodekonvergensproblemet (Bornstein, 2009). Selv om ulike metoder (selvrapport versus friresponsmetoder som Rorschach) hver for seg predikerer relevante kriterier med god validitet, er korrelasjonen mellom metodene som oftest svært lav. Dette er tydelig på flere områder (se oppsummering i for eksempel Mihura & Graceffo, 2014) og skaper problemer for vår tradisjonelle forståelse av validitet basert på nomologiske nettverk (Campbell & Fiske, 1959; Cronbach & Meehl, 1955). Flere hevder med styrke at vi ikke lenger kan snakke om begreper som depresjon eller angst uten å ta hensyn til hvordan begrepene har blitt vurdert, men

at vi også har gode grunner til å si at forskjellige metodetyper *bør* gi forskjellig resultat (Bornstein, 2007; Borsboom et al., 2004; Kagan, 1988). Samtidig hevder flere at psykologi som fag har blitt i overkant opptatt av selvrappport som metode (Baumeister et al., 2007).

Debatten er omfattende, men her vil jeg nøye meg med å oppsummere med følgende: for å gjøre god forskning og gode utredninger må vi bruke ulike metodetyper (Bornstein, 2017; Lilienfeld & Pinto, 2015; Mihura & Graeffo, 2014). Manglende sammenheng mellom resultater fra ulike metoder kan ikke brukes for å avvise en av metodene, men gir derimot mulighet for å se flere sider ved en person. Selvrappportmetoder finnes i overflod, og de er enkle å bruke, men de gir begrenset informasjon, og hovedsakelig om eksplisitte prosesser. Rorschach-metoden gir også begrenset informasjon, men den er altså en vitenskapelig solid metode for å vurdere implisitte prosesser. I praksis kan vi se dette når Rorschach-metoden gir informasjon om for eksempel depressive trekk, selv om personen selv rapporterer godt humør. En annen person oppgir ingen problemer med å oppfatte virkeligheten slik andre gjør, men viser allikevel svært uvanlige måter å se ting på i Rorschach-metoden. Jeg bruker selv både selvrappport og Rorschach-metoden i sakkyndige utredninger; kun selvrappport ville gitt svært begrenset informasjon. Jeg opplever til stadighet motsetninger i testresultatene som viser seg å være svært meningsfulle når man undersøker dem nærmere. Forskjelligheten i dataene er altså en styrke, og gjenspeiler dynamisk sett at vi alle er preget av motsetninger og konflikter i større eller mindre grad.

#### FORSVARLIG BRUK GIR GODE VURDERINGER

Enkelte psykologer i ledende posisjoner har gått så langt som til å forby sine medarbeidere å benytte Rorschach-metoden innen deres enheter i psykisk helsevern. Dette er både vitenskapelig uholdbart og profesjonsetisk utillatelig. Jeg blir rett og slett overrasket over hvilket engasjement enkelte psykologer legger i å mene noe om Rorschach-metoden på sviktende grunnlag, og dermed også i praksis villede kolleger. International Testing Commissions retningslinjer (Hambleton et al., 2013), som alle medlemmer av Norsk psykologforening er bundet av, spesifiserer at vi skal følge standarder, kjenne teori og empiri som viser til styrker og svakheter, og ta nødvendige forbehold når vi tolker resultater. Rorschach-metoden, som alle andre metoder for personlighetsvurdering, må også brukes med forsvarlighet. Ingenting i selve metodens stimulusmateriale, testprosedyrer eller skåringsprosedyrer tilsier at Rorschach-metoden er uforsvarlig eller uvitenskapelig i seg selv, det er bruken det kommer an på. Når kritikere bruker sveipende generaliseringer som «uvitenskapelig» om metoden, er de for det første ikke oppdatert på forskningen. For det andre viser man hegemoniske holdninger om hva «vitenskapelighet» skal bety, ved å forsøke å begrense personlighetsfeltet til enkelte metoder, typisk selvrappport.

Rorschach-metoden gir god innsikt i hvordan en person oppfatter og strukturerer verden, som igjen knytter særlig an til hva vi faktisk gjør, fremfor hva vi sier eller tenker at vi gjør. Særlig perseptuelle forstyrrelser og uorganiserte tankeprosesser kommer godt fram, men også forstyrrelser i relasjoner og oppfatninger av andre, i følelsesregulering og i selvoppfatninger (Meyer et al., 2011). Metoden er godt egnet for tolking innen en psykodynamisk ramme (Hammarström, 2021; Killingmo, 1980; Lerner, 1991), men er i seg selv ateoretisk. Den har vist svært god



Enkelte psykologer i ledende posisjoner har gått så langt som til å forby sine medarbeidere å benytte Rorschach



prediktiv evne for seleksjon av militære spesialstyrker (Hartmann & Grønnerød, 2009) og klassifikasjon av psykopati (Hartmann et al., 2006), den gir et godt grunnlag for forståelse av traumer (Opaas & Hartmann, 2013) og dissosiasjon (Hartmann & Benum, 2019), og den har vist motstandsdyktighet mot simulering og forsvar (Hartmann & Hartmann, 2014), bare for å nevne noen norske studier. En spennende rekke av nylige studier knytter sammen Rorschach-variabler og hjernepro-

sesser (Giromini et al., 2017, 2019), og metoden blir aktivt brukt i Therapeutic Assessment (Kamphuis & Finn, 2019), en tilnærming som har fått mye oppmerksomhet de siste årene. Spennet i metoden er stort, noe som gir mange bruksmuligheter. Med det solide vitenskapelige grunnlaget som nå er etablert, er metoden klar for 100 nye år! ✖

*Takk til Harald Janson og Erik Hammarström for nyttige kommentarer.*

## REFERANSER

- Baumeister, R. F., Vohs, K. D. & Funder, D. C. (2007). Psychology as the Science of Self-Reports and Finger Movements: Whatever Happened to Actual Behavior? *Perspectives on Psychological Science*, 2(4), 396–403. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00051.x>
- Bornstein, R. F. (2001). Clinical utility of the Rorschach Inkblot method: Reframing the debate. *Journal of Personality Assessment*, 77(1), 39–47.
- Bornstein, R. F. (2007). Toward a process-based framework for classifying personality tests: Comment on Meyer and Kurtz (2006). *Journal of Personality Assessment*, 89(2), 202–207. <https://doi.org/10/dt697k>
- Bornstein, R. F. (2009). Heisenberg, Kandinsky, and the Heteromethod Convergence Problem: Lessons From Within and Beyond Psychology. *Journal of Personality Assessment*, 91(1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/00223890802483235>
- Bornstein, R. F. (2017). Evidence-Based Psychological Assessment. *Journal of Personality Assessment*, 99(4), 435–445. <https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1236343>
- Borsboom, D., Mellenbergh, G. J. & van Heerden, J. (2004). The Concept of Validity. *Psychological Review*, 111, 1061–1071. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.111.4.1061>
- Campbell, D. T. & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56(2), 81–105. <https://doi.org/10.1037/h0046016>
- Cronbach, L. J. & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52(4), 281–302. <https://doi.org/10.1037/h0040957>
- Dawes, R. M. (1994). *House of cards: Psychology and psychotherapy built on myth*. Free Press.
- Exner, J. E., Jr. (2003). *The Rorschach: A comprehensive system. Vol. 1: Basic Foundations and Principles of Interpretation* (4. utg.). John Wiley and Sons.
- Garb, H. N. (1999). Call for a moratorium on the use of the Rorschach Inkblot Test in clinical and forensic settings. *Assessment*, 6(4), 313–317.
- Giromini, L., Viglione, D. J., Pineda, J. A., Porcelli, P., Hubbard, D., Zennaro, A. & Cauda, F. (2019). Human Movement Responses to the Rorschach and Mirroring Activity: An fMRI Study. *Assessment*, 26(1), 56–69. <https://doi.org/10.1177/107319117731813>
- Giromini, L., Viglione, D. J., Zennaro, A. & Cauda, F. (2017). Neural activity during production of Rorschach responses: An fMRI study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 262, 25–31.



- Grønnerød, C. (1999). Rorschach-metoden: En kvantitativ og kvalitativ metode. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 36, 723–729.
- Hambleton, R., Havenga, D. K., Hogrefe, D. J., Verlagsgruppe, H., Horn, M. R., Lindley, D. P., Lombard, M. R., Muniz, J., Nyfield, G., Ltd, H., Odland, D. T., Sander, B. & Stoll, F. (2013). *ITCs retningslinjer for testbruk – Versjon 1.2*.
- Hammarström, E. (2021). Psychodynamic Psychotherapy and the Rorschach: A centenary love affair. *Psychodynamic Practice, online first*. <https://doi.org/10.1080/14753634.2021.1882786>
- Hartmann, E. & Benum, K. (2019). Rorschach Assessment of Two Distinctive Personality States of a Person With Dissociative Identity Disorder. *Journal of Personality Assessment*, 101(2), 213–228. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1391273>
- Hartmann, E. & Grønnerød, C. (2009). Rorschach variables and Big Five scales as predictors of military training completion: A replication study of the selection of candidates to the naval special forces in Norway. *Journal of Personality Assessment*, 91(3), 254–264. <https://doi.org/10.1080/00223890902794309>
- Hartmann, E. & Hartmann, T. (2014). The Impact of Exposure to Internet-Based Information About the Rorschach and the MMPI-2 on Psychiatric Outpatients' Ability to Simulate Mentally Healthy Test Performance. *Journal of Personality Assessment*, 96(4), 432–444. <https://doi.org/10.1080/00223891.2014.882342>
- Hartmann, E., Nørbech, P. C. B. & Grønnerød, C. (2006). Psychopathic and nonpsychopathic violent offenders on the Rorschach: Discriminative features and comparisons with schizophrenic inpatient and university student samples. *Journal of Personality Assessment*, 86(3), 291–305. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8603\\_05](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8603_05)
- Høstmark Nielsen, G. (1990). Med Rorschach inn i 1990-årene: En beskrivelse av status og sentrale utviklingstendenser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 27, 243–254.
- Kagan, J. (1988). The meanings of personality predicates. *American Psychologist*, 43(8), 614–620. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.43.8.614>
- Kamphuis, J. H. & Finn, S. E. (2019). The Rapeutic Assessment in Personality Disorders: Toward the Restoration of Epistemic Trust. *Journal of Personality Assessment*, 101(6), 662–674. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1476360>
- Killingmo, B. (1980). *Rorschachmetode og psykoterapi*. Universitetsforlaget.
- Lerner, P. M. (1991). *Psychoanalytic Perspectives on the Rorschach*. Analytic Press. <https://books.google.no/books?id=IWCsGyBl-KwC&pg=PR12&dq=rapaport+rorschach&hl=no&sa=X&ved=0ahUKEwit4uGpjrPoAhWELySKHQSuDQsQ6AEIPjAC#v=onepage&q=rapaport%20rorschach&f=false>
- Lilienfeld, S. O. & Pinto, M. D. (2015). Risky tests of etiological models in psychopathology research: The need for meta-methodology. *Psychological Inquiry*, 26(3), 253–258. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1039920>
- Meyer, G. J. & Archer, R. P. (2001). The Hard Science of Rorschach Research: What do we know and where do we go? *Psychological Assessment*, 13(4), 486–502. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.486>
- Meyer, G. J., Viglione, D. J., Mihura, J. L., Erard, R. E. & Erdberg, P. (2011). *Rorschach Performance Assessment System: Administration, Coding, Interpretation, and Technical Manual*. Rorschach Performance Assessment System, LLC.
- Mihura, J. L., Bombel, G., Dumitrascu, N., Roy, M. & Meadows, E. A. (2018). Why We Need a Formal Systematic Approach to Validating Psychological Tests: The Case of the Rorschach Comprehensive System. *Journal of Personality Assessment*, 1–19. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1458315>
- Mihura, J. L. & Graceffo, R. A. (2014). Multimethod Assessment and Treatment Planning. I C. J. Hopwood & R. F. Bornstein (red.), *Multimethod Clinical Assessment*. Guilford Publications.
- Mihura, J. L., Meyer, G. J., Dumitrascu, N. & Bombel, G. (2013). The validity of individual Rorschach variables: Systematic reviews and meta-analyses of the comprehensive system. *Psychological Bulletin*, 139(3), 548–605. <https://doi.org/10.1037/a0029406>
- Mihura, J. L., Meyer, G. J., Viglione, Donald J., & Erdberg, P. (2018). *Why the Statement «The Rorschach is Invalid» is Invalid*. Rorschach Performance Assessment System, LLC.
- Opaas, M. & Hartmann, E. (2013). Rorschach Assessment of Traumatized Refugees: An Exploratory Factor Analysis. *Journal of Personality Assessment*, 37–41. <https://doi.org/10.1080/00223891.2013.781030>
- Rorschach, H. (1921). *Psykodagnostik*. Hans Huber Verlag.
- Searls, D. (2017). *The Inkblots*. Simon and Schuster.
- Society for Personality Assessment. (2005). The Status of the Rorschach in Clinical and Forensic Practice: An Official Statement by the Board of Trustees of the Society for Personality Assessment. *Journal of Personality Assessment*, 85(2), 219–237.
- Wood, J. M., Garb, H. N., Nezworski, M. T., Lilienfeld, S. O. & Duke, M. C. (2015). A second look at the validity of widely used Rorschach indices: Comment on Mihura, Meyer, Dumitrascu, and Bombel (2013). *Psychological Bulletin*, 141(1), 236–249. <https://doi.org/10.1037/a0036005>
- Wood, J. M. & Lilienfeld, S. O. (1999). The Rorschach Inkblot Test: A case of overstatement? *Assessment*, 6(4), 341–351.
- Wood, J. M., Nezworski, M. T. & Stejskal, W. J. (1996). The Comprehensive System for the Rorschach: A critical examination. *Psychological Science*, 7(1), 3–10.



# En etisk drøfting av tvang uten døgnopphold

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold har blitt kritisert for å ha svakt kunnskapsgrunnlag. Vi drøfter etiske utfordringer ved bruk av denne formen for tvangsbehandling, samt implikasjoner av endringen i psykisk helsevernloven.

**TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN** uten døgnopphold (TUD) er en lovregulert praksis gjennom psykisk helsevernloven som åpner for at personer kan påføres tvangsbehandling mens de bor hjemme eller i kommunalt botilbud. I Norge kan psykiatere og psykologspesialister med vedtaksmyndighet fatte vedtak om bruk av TUD. Å forebygge tilbakefall er den vanligste begrunnelsen for å opprette TUD-vedtak (Rugkåsa, 2016), og medisinerer er en viktig del av forebyggingen (Riley, 2016; Rugkåsa et al., 2019). I Norge og internasjonalt har ordningen blitt kritisert for verken å være i samsvar med kunnskapsbasert praksis eller etisk forsvarlig (Burns et al., 2013, 2015; Husum & Hjort, 2009; Riley, 2016). Behandlingstilnæringer som fokuserer på helhetlig og langsiktig behandling, økt brukermedvirkning samt lettere tilgang til helsetjenester, kan muligens redusere behovet for bruk av TUD. Et slikt tjenestetilbud er Assertive Community Treatment (ACT). ACT er et tjenestetilbud der en gir oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser (Stein & Test, 1980), noe som har vist seg å redusere behovet for bruk av tvangsinnleggelse (Nasjonalt kompetansesenter ROP, 2014; Aagaard & Müller-Nielsen 2011).

En norsk studie undersøkte hva behandlere som hadde ansvar for TUD-vedtak innenfor en ACT-setting, syntes om ordningen. De fant at mange av behandlerne anså TUD som et nyttig tiltak for å sikre kontinuitet og langvarig behandling. Videre vurderte de TUD som etisk krevende, og at bruk av TUD representerte mange dilemma, som respekt for pasientenes autonomi satt opp mot behovet for kontroll (Stuen et al., 2018). Vi vil i denne artikkelen drøfte de etiske utfordringene ved TUD-praksisen. Først vil vi kort presentere dagens TUD-praksis i Norge. Deretter drøfter vi etiske utfordringer ved bruk av TUD og konsekvenser av lovendringen i psykisk helsevernloven fra 2017 vedrørende økt vekt på vurdering av samtykkekompetanse. I den etiske drøftingen vil vi bruke Beauchamp og Childress' (2013) «fireprinsippetikk»-modell for etikk i helsetjenesten.

## TUD I NORGE

SAMDATA Spesialisthelsetjenesten viser at det i 2017 var 847 personer som var underlagt TUD (Helsedirektoratet, u.å.). Dette utgjorde 55 personer per 100 000 innbyggere. Man ser betydelig geografisk variasjon i bruk av TUD mellom helseforetak. Den typiske TUD-pasi-

**TEKST** Live Almås-Norum<sup>1</sup>, Guro S. A. Thorbjørnsen<sup>2</sup>, Reidar Pedersen<sup>3</sup> & Tonje Lossius Husum<sup>4</sup>

<sup>1</sup> privatpraksis

<sup>2</sup> Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) Tromsø

<sup>3</sup> Senter for medisinsk etikk, UiO

<sup>4</sup> Fakultet for helsevitenskap, OsloMet og Senter for medisinsk etikk, UiO

## KONTAKT

t.l.husum@  
medisin.uio.no

## ILLUSTRASJON

Bjørn Rune Lie



enten er ifølge internasjonal forskning en mann på rundt 40 år som har en schizofreni-diagnose, hyppige innleggelse i psykisk helsevern og som ikke samarbeider om behandling (Rugkåsa, 2016). Andre kjennetegn ved denne pasientgruppen er at mange misbruker rusmidler, er enslige, sosialt isolerte, har dårlig evne til å ivareta egne behov og en historie med voldsbruk og soning i fengsel (Churchill et al., 2007). En norsk studie viste at de fleste TUD-pasienter også står utenfor arbeidslivet (Riley, 2016). Dette forteller om en sårbar pasientgruppe og understreker at vedtaksansvarlige må være bevisst på at disse pasientene kan ha opplevd frihetsberøvelse, overgrep og lite mestring.

#### GRUNNLEGGENDE ETISKE PRINSIPPER

All helsehjelp i Norge skal i utgangspunktet være frivillig og anvende kunnskapsbaserte metoder (Norsk psykologforening, 1998). Helsepersonell er forpliktet til å følge norsk lovverk, menneskerettighetene og etablerte etiske prinsipper i møte med pasientene. Paulsrud-utvalget (NOU 2011: 9) anbefalte at pasienter i psykisk helsevern bør få økt selvbestemmelse og større rettssikkerhet, og i 2013 ratifiserte Norge FNs konvensjon for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (Forente nasjoner, 2006). Konvensjonen skal sikre at personer med nedsatt funksjonsevne nyter likeverdig rett til anerkjente menneskerettigheter og grunnleggende friheter uavhengig av diagnose. Konvensjonen skal også fremme respekten for den iboende verdigheten til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Som et resultat av dette ble psykisk helsevernloven i 2017 endret i tråd med et sentralt forslag i innstillingen fra Paulsrud-utvalget. Før endringen trådte i kraft, var det ifølge phvl. mulig å anvende tvang av hensyn til pasientens beste også overfor pasienter med samtykkekompetanse, såkalt sterk paternalisme, gitt at øvrige kriterier i phvl. var oppfylt. Svak paternalisme defineres gjerne som at helsepersonell handler til pasientens beste, eventuelt med bruk av tvang, når pasienten mangler samtykkekompetanse for den helsehjelpen som gis, også om pasienten i en slik situasjon ikke vil ha hjelp. Et viktig eksempel på svak paternalisme i lovgivningen er kapittel 4 A i pasient- og brukerrettighetsloven. Sterk paternalisme defineres gjerne som at helsepersonell handler til pasientens beste, eventu-

elt med bruk av tvang, når pasienten er samtykkekompetent, også om pasienten i en slik situasjon ikke vil ha hjelp. Viktige eksempler i helselovgivningen som åpner opp for sterk paternalisme, er øyeblikkelig hjelp-plikten (§ 7 i helsepersonelloven) og psykisk helsevernlovens tvangshjemler ved nærliggende og alvorlig fare for pasientens eget liv (Helsepersonelloven, 1999, Pedersen & Aarre, 2017). Etter endringene i 2017 må vedtaksansvarlige – med mindre det er fare for pasientens eget liv, eller andres liv eller helse – i tillegg ta stilling til om personen er samtykkekompetent før det eventuelt gjøres vedtak om tvungent psykisk helsevern av hensyn til pasientens beste. Manglende samtykkekompetanse innebærer en svekket evne til å utøve sin autonomi, og er ett av unntakene som berettiger bruk av tvang (Psykisk helsevernloven, 1999, § 3–3). Pasienter innen psykisk helsevern fikk med dette de samme rettighetene som det pasienter i somatiske helsetjenester har hatt siden 2001 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 4 ledd 1). Med lovendringen ble det strengere kriterier for å fatte vedtak om TUD.

#### KUNNSKAPSGRUNNLAG FOR TUD

Antall reinnleggelse, liggedøgn og bruk av kommunale helsetjenester er ofte utfallsmål for å vurdere effekt av TUD (Rugkåsa, 2016). Som nevnt innledningsvis har det vært mest vekt på å forebygge tilbakefall som krever reinnleggelse på sykehus (Churchill et al., 2007; Riley, 2016; Rugkåsa, 2016). Hvordan TUD blir praktisert er gjennomgående likt i de fleste land innen Europa (Churchill et al., 2007), og det bør derfor være mulig å sammenligne forskning på TUD i Norge med forskning på tilsvarende ordninger i andre vestlige land.

Vi søkte etter litteratur i Google Scholar og PubMed i 2017, og søket ble oppdatert i 2021. Søkeord som ble brukt var 'outpatient commitment', 'involuntary outpatient commitment', 'community treatment orders', 'tvang uten døgn' og 'TUD'. I tillegg brukte vi artiklene fra søket til å finne frem til andre relevante studier. Siden systematiske kunnskapsoppsummeringer og metastudier inneholder enkeltstudier, har vi valgt å bare bruke systematiske kunnskapsoppsummeringer/metaanalyser når vi har vurdert kunnskapsgrunnlaget. Vi har til sammen funnet fire systematiske kunnskapsoppsummeringer og metastudier, og ingen av

disse finner støtte for at TUD forebygger tilbakefall eller reduserer antall reinnleggelser (Barnett et al., 2018; Churchill et al., 2007; Maughan et al., 2014; Rugkåsa, 2016). Verken Maughan og kolleger (2014) eller Rugkåsa (2016) fant forskjeller i hyppigheten i bruk av kommunale helsetjenester for TUD-pasienter sammenlignet med pasienter som mottok behandling på et frivillig grunnlag. En av kunnskapsoppsummeringene fant heller ingen forskjell i samarbeid om behandlingen (Churchill et al., 2007), mens en annen kunnskapsoppsummering fant at TUD i noen tilfeller medførte bedre oppfølging av medisinerer (Maughan et al., 2014). Den nyeste kunnskapsoppsummeringen og meta-analysen inkluderte 39 studier med god design i meta-analysen (Barnett et al., 2018). De fant ikke grunnlag for å si at TUD reduserte reinnleggelser eller lengde på sykehusopphold. De fant derimot at TUD muligens kunne føre til bedre oppfølging av behandling utenfor sykehus og bruk av kommunale tjenester.

### ETISKE IMPLIKASJONER

Manglende støtte i forskning har etiske implikasjoner og helsehjelp bør kun gis om den har dokumentert nytte. Dette gjelder spesielt når tiltaket er inngripende, noe som er tilfellet ved bruk av tvang. Som rammeverk for den etiske drøftingen har vi valgt å bruke Beauchamp og Childress' «fireprinsippetikk», som er den mest brukte tilnærmingen i medisinsk og helsefaglig etikk i den vestlige helsetjenesten i dag. Fireprinsippetikken er inspirert av ulike moralfilosofiske teorier, spesielt pliktetikken og nytteetikken, og består av en balanse mellom følgende fire prinsipper: autonomiprinsippet, velgjørenhetsprinsippet, prinsippet om å ikke skade og rettferdighetsprinsippet (Beauchamp & Childress, 2013).

*Autonomiprinsippet:* Dette prinsippet tilsier at pasientens ønsker skal vektlegges ved all helsehjelp. I helselovgivningen er dette operasjonalisert gjennom hovedregelen om det informerte samtykke. I psykisk helsevern, som ellers i helsetjenesten, er hovedregelen at all helsehjelp skal gis etter pasientens samtykke (Psykisk helsevernloven, 1999, § 2–1). Behandling med tvang kan kun gjennomføres om det er hjemlet i lov. Innenfor den prinsippbaserte etikken er autonomiprinsippet ikke en rett til å velge helsehjelp, men å kunne takke nei til helsehjelp som helsetjenesten tilbyr, ut fra en vurdering av de tre øvrige prinsippene. Et gyldig samtykke forutsetter videre at pasienten er godt informert, samtykkekompetent og ikke utsettes for utilbørlig press. Om pasienten mangler samtykkekompetanse, blir de tre øvrige prinsippene viktigere, og ansvarlig helsepersonell må ta mer ansvar for at pasienten får den helsehjelpen som i størst mulig grad både er til pasientens beste og i tråd med det pasienten ville ha ønsket (svak paternalisme). Om behandlingen ikke kan sies å være til pasientens beste (ut fra en avveining av velgjørenhet og ikke-skadeprinsippet), skal den ikke tilbys pasienter med samtykkekompetanse eller gis til pasienter uten samtykkekompetanse. Mye av helsehjelpen som gis i psykisk helsevern, finnes det god dokumentasjon for på at nytten veier opp for bivirkninger og ulemper for pasienten. Det kan være en svakhet ved dagens system at dialogen mellom vedtaksansvarlige og pasienter er for dårlig, og at de skjulte «skadene» ikke blir kommunisert av pasientene (Riley, 2016).

*Velgjørenhetsprinsippet:* Her må vedtaksansvarlig undersøke kunnskapsgrunnlaget for å si at helsehjelpen er til nytte for pasienten når den gis med tvang. Frem til nå har TUD hovedsakelig blitt begrunnet med forebygging av tilbakefall for personer med alvorlige psykiske lidelser, mens forskningen har indikert at TUD ikke har slik forebyggende effekt (Kisely et



Lovendringen skjerper kravene om at vedtaksansvarlige må ha god kunnskap om vurdering av samtykkekompetanse





I Norge og internasjonalt har ordningen blitt kritisert for verken å være i samsvar med kunnskapsbasert praksis eller etisk forsvarlig

al., 2017; Rugkåsa, 2016). Dette utelukker ikke at de samme tiltakene kunne hatt positiv effekt om de var basert på frivillighet. Bruk av tvang i psykisk helsevern kan kun rettferdiggjøres ut fra velgjørenhetsprinsippet, altså dersom det medfører helsegevinster for pasienten. Tilgjengelig forskning tyder på at det er etisk problematisk å forsvare TUD ut fra et slikt argument.

*«Ikke skade»-prinsippet:* Her må vedtaksansvarlig undersøke om helsehjelpen kan påføre pasienten skade. Kvalitativ forskning har funnet at personer opplevde TUD som svært inngripende og med flere negative konsekvenser (Riley, 2016). Informantene i en studie nevnte blant annet at de opplevde at de måtte sette livet sitt på vent, at de fikk bivirkninger av medisinene de var pålagt å ta, og at de var engstelige for å bli pålagt flere restriksjoner om de ikke samarbeidet om behandlingsopplegget (Stensrud et al., 2015). Studiene viste i tillegg at TUD oppleves mer restriktivt av pasientene enn det vedtaksansvarlige tror (Riley, 2016; Stensrud et al., 2015). Tvang kan også skade behandlingsrelasjonen, svekke pasientens tillit til helsetjenesten samt undergrave personens autonomi og selvfølelse (Norvoll, 2011). Forskning antyder at vedtaksansvarlige gjennomfører TUD-vedtak for å unngå skade for pasienten, men at de muligens har manglende bevissthet om de negative konsekvensene TUD medfører for pasientene (Norvoll, 2011; Riley, 2016; Stensrud et al., 2015, 2016). At behandlingen oppleves inngripende og fører til negative konsekvenser for den det gjelder, tilsier at helsehjelpen kun kan gis om de øvrige prinsippene blir tungtveiende nok til at dette prinsippet kan settes til side. Enhver risiko for skade er uakseptabel dersom det finnes mindre inngripende/skadelige tiltak som er like effektive, og/eller frivillige alternativer der forholdet mellom nytte og skade er minst like fordelaktig for pasienten. Et slikt tiltak kan for eksempel være oppfølging ved bruk av ACT-team.

*Rettferdighetsprinsippet:* Under dette prinsippet må den vedtaksansvarlige vurdere om like tilfeller behandles likt, vurdere ressurs hensyn og om hensynet til andre tilsier at øvrige prinsipper kan settes til side. Med lovendringen i 2017 fikk TUD-pasienter med samtykkekompetanse lik rett som andre grupper pasienter i helsetjenesten til å nekte behandling. Dette er i tråd med Konvensjon for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne. Den store geografiske variasjonen i bruk av TUD utfordrer dette prinsippet. Ressursbruk bør alltid avveies før en gir helsehjelp, sammen med alvorlighet og nytte, for å sikre rettferdig prioritering. Mangel på ressurser, for eksempel tid, kompetanse og gode frivillige alternativer, kan derfor ikke begrunne bruk av tvang. Hensynet til andre kommer også inn under dette prinsippet. Dette gjenspeiles i helselovgivningen ved at hensynet til andre kan trumfe pasientens selvbestemmelse når det blir tungtveiende nok. Det er imidlertid vanskelig å begrunne helsehjelp kun av hensyn til andre. Det kan være grunner til å begrense friheten til personer som er til fare for andre, men om helsetjenesten ikke hjelper pasienten, bør det ikke kalles helsehjelp eller skje i helsetjenestens regi.

#### IMPLIKASJONER AV ENDRINGEN I PSYKISK HELSEVERNLOVEN

Endringen i phvl. i 2017 om økt vekt på vurdering av samtykkekompetanse medførte strengere krav til bruk av tvang. Gitt resonnementet vi har gjort rede for i det foregående, er dette et skritt i riktig retning når det gjelder å styrke pasienters rettigheter. Lovendringen legger vekt på å styrke pasientens autonomi ved at personen har rett til å fatte valg på vegne av egen helse. Lovendringen skjerper kravene om at vedtaksansvarlige må ha god kunnskap om vurdering av samtykkekompetanse. Slike vurde-

ringer er utfordrende, for eksempel viser forskning at pasienter med alvorlige psykiske lidelser kan inneha samtykkekompetanse (Ueland et al., 2004; Øye & Hugdahl, 2008), mens pasienter med milde psykiske vansker kan mangle samtykkekompetanse (Apperbaum, 2007). Pedersen (2011) peker på at det internasjonalt er utviklet gode verktøy for å vurdere samtykkekompetanse, men at disse i liten grad brukes i Norge. Så langt vi kjenner til, er det fortsatt ikke oversatt og validert slike verktøy til beslutningsstøtte i Norge. Sannsynligvis gjenstår det et arbeid for å sikre at helsepersonell har nødvendig kunnskap om vurderinger av samtykkekompetanse (Gjerden, 2017). En annen konsekvens av lovendringen kan være at pasienter med alvorlige psykiske lidelser som *er* samtykkekompetente, ikke får et tilstrekkelig godt nok behandlingstilbud. Så lenge en person motsetter seg behandling, øker sannsynligheten for at disse personene blir såpass behandlingstrenende at de likevel vil tvangsinnlegges eller underlegges TUD på et senere tidspunkt. I slike tilfeller vil det være konflikt mellom autonomiprinsippet og velgjørenhetsprinsippet, mellom ønsket om å respektere pasientens autonomi og behandlingsansvarliges plikt i samsvar med velgjørenhetsprinsippet. Når forskning så langt viser at TUD ikke forebygger tilbakefall, mener vi at autonomiprinsippet veier tyngre og bør tas hensyn til.

## KONKLUSJON

Det finnes foreløpig lite empirisk støtte for at bruk av TUD har behandlingsmessige positive konsekvenser. Vi mener derfor at TUD utfordrer etablerte etiske prinsipper og prinsipperklæringen om kunnskapsbasert praksis (Norsk psykologforening, 2007). Norske studier om TUD antyder en det er en motsetning mellom hvor behandlingsmessig nyttig klinikere opplever TUD, og hva forskning viser av behandlingsnytte. På denne måten utfordrer prinsippet om kunnskapsbasert behandling klinisk praksis. Den nye lovendringen i phvl. er i så måte et skritt i riktig retning med tanke på å styrke pasientrettighetene og redusere bruken av TUD. Vi mener det likevel er behov for flere endringer, både i lovgivningen og i praksisen med TUD i Norge. Videre er det et gjennomgående funn at vedtaksansvarlige mangler kunnskap om evidensgrunnlaget for TUD, samt kvalitative funn om potensielle skadelige konsekvenser for pasientene. Det bør vurderes om helsemyndighetene skal formalisere strengere krav til vedtaksansvarliges kunnskap om TUD, samt kompetanse i å vurdere samtykkekompetanse. Dette er allerede politiske føringer, men for å få det til må det satses mer på implementering slik at behovet for å anvende TUD som behandling reduseres. Til sist mener vi at helsemyndighetene bør satse mer på forebyggende, helhetlige og lett tilgjengelige helsetjenester, også for de med alvorlige psykiske lidelser.✘

## REFERANSER

- Apperbaum, P. S. (2007). Assessment of patients' competence to consent to treatment. *New England Journal Medicine*, 357, 1834–1840.
- Barnett, P., Matthews, H., Lloyd-Evans, B., Mackay, E., Pilling, S. & Johnson, S. (2018). Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 1013–1022. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30382-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30382-1)
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7. utg.). Oxford University Press.
- Burns, T., Rugkåsa, J., Molodynski, A., Dawson, J., Yeeles, K., Vazquez-Montes, M., Voysey, M., Sinclair, J. & Priebe, S. (2013). Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet*, 381, 1627–1633. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60107-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60107-5)
- Burns, T., Yeeles, K., Koshiaris, C., Vazquez-Montes, M., Molodynski, A., Puntis, S. & Rugkåsa, J. (2015). Effect of increased compulsion on readmission to hospital or disengagement from community services for patients with psychosis: follow-up of a cohort from the OCTET trial. *Lancet Psychiatry*, 2, 881–890. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00231-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00231-X)



- Churchill, R., Owen, G., Singh, S., & Hotopf, M. (2007). *International Experiences of using Community Treatment Orders*. Department of Health, London.
- Forente nasjoner, 2006. *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*. Barne- og familiedepartementet. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon\\_web.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon_web.pdf)
- Gjerdén, P. (2017, 24. august). Er Helse- direktoratet kunnskapsløst – eller arrogant? *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/08/24/er-hesledirektoratet-kunnskapslost-eller-arrogant/>
- Hesledirektoratet (u.å.). *Tvungent psykisk helsevern under døgnopphold. Omfang og utvikling [Statistikk]*. Hentet fra <https://statistikk.hesledirektoratet.no/bi/Dashboard/8a2ef4bf-abad-4b65-847e-3ce4b1750677?e=false&vo=viewonly>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Husum, T. L. & Hjort, H. (2009). Meneskerrettigheter i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46, 1169–1174. [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=99043&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=99043&a=2)
- Kisely, S. R., Campbell, L. A. & O'Reilly, R. (2017). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004408.pub5>
- Maughan, D., Molodynski, A., Rugkåsa, J. & Burns, T. (2014). A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 651–663. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0781-0>
- Nasjonalt kompetansesenter ROP. (2014). *Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* Akershus universitetssykehus.
- Norsk psykologforening. (1998). *Etiske prinsipper for nordiske psykologer*. Hentet 5.juli, 2021 fra <https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikketiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>
- Norvoll, R. (2011). Kunnskapsstatus med hensyn til skadevirkninger av tvang i det psykiske helsevernet. Vedlegg 5 i NOU 2011: 9. *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2011: 9 (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/edc9f614eb884f1d-988d16af63218953/no/pdfs/nu-201120110009000dddpdfs.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, R. (2011). Vurdering av beslutningskompetanse. Vedlegg 4 i NOU 2011: 9. *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Pedersen, R. & Aarre, T. F. (2017). Autonomi, informert samtykke og samtykkekompetanse. I R. Pedersen & P. Nortvedt (red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s. 153–167). Gyldendal Akademisk.
- Norsk psykologforening. (2007, januar). *Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis*. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklæring-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Riley, H. (2016). *When coercion moves into your home. A study of outpatient commitment in Northern Norway* [PhD avhandling]. UiT Norges arktiske universitet.
- Rugkåsa, J. (2016). Effectiveness of community treatment disorders: the international evidence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61, 15–24.
- Rugkåsa, R., Nytingnes, O., Breines Simonson, T., Šaltytė Benth, J., Lau, B., Riley, H., Løvsletten, M., Buer Christensen, T., Andersen Austegard, A-T. & Høyen, G. (2019). The use of outpatient commitment in Norway: Who are the patients and what does it involve? *International Journal of Law and Psychiatry*, 62, 7–15. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.11.001>
- Stein, L. I. & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392–397. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170034003>
- Stensrud, B., Høyen, G., Granerud, A. & Landheim, A. S. (2015). «Life on Hold»: A Qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in two Norwegian counties. *Issues in Mental Health Nursing*, 36, 209–216. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.955933>
- Stensrud, B., Høyen, G., Beston, G., Granerud, A. & Landheim, A. S. (2016). «Care or control?»: a qualitative study of staff experiences with outpatient commitment orders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51, 747–755. <http://doi.org/10.1007/s00127-016-1193-8>
- Stuen, H. K., Landheim, A., Rugkåsa, J. & Wynn, R. (2018). Responsibilities with conflicting priorities: a qualitative study of ACT providers' experiences with community treatment orders. *BMC Health Services Research*, 18. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3097-7>
- Ueland, T., Øye, M., Landrø, N. I. & Rund, B. R. (2004). Cognitive functioning in adolescents with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Research*, 126, 229–239. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.02.014>
- Øye, M. & Hugdahl, K. (2008). A 10–13 year follow-up of changes in perception and executive attention in patients with early-onset schizophrenia: A dichotic listening study. *Schizophrenia Research*, 106, 29–32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2007.11.036>
- Aagaard, J. & Müller-Nielsen, K. (2011). Clinical outcome of assertive community treatment (ACT) in a rural area in Denmark: A case-control study with a 2-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 299–305. <https://doi.org/10.3109/08039488.2010.544405>



## Psykologisk førstehjelp for ungdommer på flukt

En norskutviklet spillapp kan hjelpe flyktningungdom til bedre trivsel og psykisk helse.

Appen *Hjelpehånda* er opprinnelig utviklet som er verktøy for livsmestring i norske skoler. Psykologspesialist Solfrid Raknes har, sammen med forlaget Gyldendal og spillutvikler Attensi, laget en spillapp som skal fremme sosiale og emosjonelle problemløsningsferdigheter blant ungdom.

I spillet øver ungdom på vanlige sosiale og emosjonelle utfordringer, for eksempel hvordan en takler kritikk, hvordan man kan håndtere dårlig selvtillit, eller hvordan man kan hjelpe venner som sliter med selvmordstanker. Spillet gjør det morsomt og ufarlig å jobbe med emosjonelt krevende situasjoner, og gir elevene en trygghet for å snakke om følelser, tanker og reaksjoner.

I en nylig studie er spillappen fraktet over grensene for å se på effekten den kan ha for ungdommer på flukt. Studien er gjennomført på 104 syriske flyktningungdommer i Libanon som en del av masteroppgaven til lærer Alaa Munir Al-Khayat ved OsloMet. Studien er gjennomført i samarbeid med den Libanonbaserte syriske



**DIGITAL HÅND** Psykolog Solfrid Raknes står bak mestringsverktøyet *Hjelpehånda* som nå har blitt en app. Foto: Gyldendal

hjelpeorganisasjonen Multi Aid Programs (MAPs).

Spørreskjemaene før og etter de unge flyktningene brukte spillappen, viser at den har en positiv effekt på trivsel og psykisk helse.

*Psykologtidsskriftet*



## Kognitiv atferdsterapi for skolebarn

Angst- og depresjonssymptomer hos barn og unge som ikke kvalifiserer til en diagnose, kan likevel være problematiske. Plagene kan ha konsekvenser som reduserer livskvalitet og evne til å engasjere seg i lystbetonte aktiviteter sammen med venner og familie.

I en nylig publisert studie i tidsskriftet *BMC Psychology* har forsker ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) Kristin Martinsen sammen med kolleger undersøkt hvordan barnas rapporterte livskvalitet og selvtillit endrer seg når man forsøker å redusere angst- og depressive symptomer.

Forskningsprosjektet baserer seg på kognitiv atferdsterapi og har som mål å redusere angst- og depresjonssymptomer hos barn mel-

**KAT FOR BARN** Barna som inngikk i studien med kognitiv atferdsterapi var mellom åtte og tolv år. Foto: David De Vries / Wikimedia commons

lom åtte og tolv år som har forhøyede symptomer. Dette skal fungere som et forebyggende tiltak som kan forhindre senere manifestasjon av en faktisk psykisk lidelse.

Funnene peker på at intervensjonen som er ment å dempe internaliserende symptomer, også forbedrer livskvalitet og selvtillit hos barna. Mer spesifikt ser det ut til at nivåene av selvtillit følger utviklingsbanene til de engstelige og depressive symptomene. Slik sett kan det å sette søkelys på selvtillit og å danne positive selvskjema være en viktig del av hvordan man kan bedre barnas evaluering av seg selv, noe som igjen kan være med på styrke evnen til å håndtere emosjonelle utfordringer.

### KILDE:

Martinsen, K.D., Rasmussen, L.-M.P., Wentzel-Larsen, T., Holen, S., Sund, A.M., Pedersen, M., Løvaas, M.E.S., Patras, J., Adolfsen, F., & Neumer, S.-P. (2021). Change in quality of life and self-esteem in a randomized controlled CBT study for anxious and sad children: can targeting anxious and depressive symptoms improve functional domains in schoolchildren? *BMC Psychology*, 9(1), 8-8. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00511-y>

**KNUST** Håpløshet som en reaksjon på å bevitne hva traumer og krenkelser medfører av lidelse, kan kalles en motoverføring, som gir informasjon om hva det vil si å være *den andre*, skriver Linda Sandbæk i dette fagessayet. Foto: Fragment av en statue av en egyptisk dronning (ca 1353-1356 f.Kr.) / The Met



## Om å bevitne det grusomme og tapte

### Interdisiplinære bidrag til traumefeltet

Faseorientert traumebehandling er den rådende diskursen for arbeid med traumer og krenkelser i psykisk helsevern i dag. Men kanskje finnes det ikke alltid ord som kan beskrive visse grusomme erfaringer på et tilfredsstillende og etisk vis?

**TEKST** Linda Sandbæk, psykologspesialist, Diakonhjemmet sykehus.

## - ET FOLKEHELSEPROBLEM

Psykologer i offentlig psykisk helsevern møter mangfoldet av menneskers psykiske og psykososiale utfordringer. I mine snart femten år som psykolog i dette feltet trer traumer og krenkelser frem som en av få konstante variabler. En opplevelse som støttes av empirisk kunnskap: Selv om langt fra alle som utsettes for traumer og krenkelser får følgetilstander, er slike erfaringer generelt forbundet med dårligere psykisk, somatisk og sosial helse. Det er ikke bare pasientpopulasjonen i psykisk helsevern som rammes. Effektene av vold og overgrep er et verdensomspennende folkehelseproblem (Krug et al., 2002).

Forekomst vil variere alt etter hvilke grupper og type overgrep man undersøker. I en norsk tverrsnittsundersøkelse rapporterte 33,6 % av kvinnene og 11,3 % av mennene om seksuelt overgrep i løpet av livet (Thoresen & Hjemdal, 2014). En undersøkelse av 67 pasienter som mottok legemiddelassistert rusbehandling viste at 88 % hadde erfart en eller flere traumatiske hendelser i løpet av livet (Fjæreide, 2016). Nedstengningen av samfunnet som følge av covid-19 ser dessverre ut til å ha gitt økt risiko for traumer og krenkelser, samtidig som færre oppsøker hjelp. En av fem ungdommer har rapportert om en eller annen form for overgrep i perioden skolene var nedstengt våren 2020 (Hafstad & Augusti, 2020).

Anna Louise Kirkengen, allmennlege og professor ved NTNU, tok doktorgrad i medisin på helsefølger av overgrepserfaringer i barndommen (Kirkengen, 2001). I boka *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* gir Kirkengen en gjennomgang av 29 studier fra perioden 1989–2004 som har sett på samvariasjon mellom traumer, psykisk og somatisk helse og sosiale problemer. Kvinner som har vært utsatt for overgrep, og spesielt dersom de var utsatt i barndommen, kjennetegnes av spiseforstyrrelser, selvmordsfare, rusmisbruk, isolasjon, forstyrret skolegang, fattigdom, overvekt, kroniske sykdommer og arbeidsuførhet. Det som er særlig nedslående, er at overgrep ser ut til å påvirke neste generasjons helse: Barna til kvinner som har blitt misbrukt, fødes oftere prematurt, spedbarnsdødeligheten er høyere, de har lav fødselsvekt, større risiko for utviklings- og atferdsforstyrrelser, for å bli forsømt og for å bli mishandlet av mors partner (Kirkengen, 2005).

## TRAUMEBEHANDLING

Psykologisk forskning har fra fagets begynnelse forsøkt å forstå hvordan erfaringer av traumer, tap og krenkelser bearbeides eller avspaltes og påvirker personen videre i livet. Janets tidlige observasjoner av forskjellene mellom narrative og traumatiske minner<sup>1</sup> banet vei for senere bidrag: Nevrobiologisk forskning indikerer at traumatiske erfaringer forstyrrer hukommelsesprosesser knyttet til eksplisitt minne, det vil si bevisst innlæring av stimuli, men de er ikke til hinder for implisitt minne, det vil si hukommelsessystemer som styrer følelsesmessige reaksjoner, ferdigheter og vaner, og sensomotoriske opplevelser knyttet til en opplevelse (Van der Kolk, 1994). Traumer og krenkelser kan altså forbli uintegret for ord og tanker, siden de utelukkende eller hovedsakelig huskes sanselig.<sup>2</sup> De sensomotoriske traumeerindringene kan reaktiveres eller gjenoppvekkes av persepsjonslikhet. I diagnosemanualene ICD-10 og DSM-V, og etter hvert på folkemunne, går slike fenomener under betegnelsene dissosiasjon, flashbacks eller gjenopplevelser. Teorien om strukturell dissosiasjon som bygger på Janets tenkning og senere nevrobiologiske studier (Van der Hart et al., 2006), danner det primære teoretiske grunnlaget for det vi i dag kaller traumebehandling. Forenklet forklart deler man terapiprosessen inn i ulike faser: en for stabilisering der en fokuserer på å mestre symptomer og på selvivaretagelse-strategier, en for mer utforskende, aktiv traumebearbeiding, og en for personlighetsintegrasjon og rehabilitering<sup>3</sup>. Her til lands har det vært en utbredt opplæring og bruk av metoden de siste årene. Jeg vil påstå at teorien om strukturell dissosiasjon og faseorientert traumebehandling representerer den rådende terapeutiske diskurs for arbeid med traumer og krenkelser i offentlig psykisk helsevern i Norge i dag. Ved søk på nettsiden Traumepoliklinikken – Modum Bad i mai 2021 fremkommer følgende: «Grunnet stor pågang over mange år og uhensiktsmessig lange ventelister, ser vi oss nødt til å begrense inntaket til å gjelde pasienter med dissosiative lidelser.

.....

1. For en gjennomgang av Janets bidrag, se Van der Hart & Horst (1989).
2. For en oversikt over nevro- og psykobiologiske aspekter ved PTSD, se Van der Kolk (1994).
3. I boka *Dissosiasjon og relasjonstraumer, Integrasjon av det splittede jeg* (Anstorp et al., 2006) finnes norske og oversatte internasjonale artikler innenfor denne tenkningen.



Jeg hører historier jeg ikke kan tro er sanne



Dette betyr at pasienter med PTSD må søkes til utredning og behandling ved lokalt DPS.»

### MOTOVERFØRING I TRAUMEARBEIDET

Som psykologspesialist og behandler ved et lokalt DPS tar jeg imot disse pasientene, og mange andre, som har hørt om og ønsker traumebehandling. Noen tilfredsstillende kriterier for PTSD, andre har diagnostisk sett helt andre plager som depresjon eller personlighetsforstyrrelse. Ofte fremkommer dissosiasjon som klinisk fenomen uten at det dreier seg om en dissosiativ lidelse rent diagnostisk sett. Det siste har jeg sjelden sett, men psykotisk dekompenisering opptrer ganske hyppig. I arbeid med de traumatiserte pasientene har jeg tidvis hatt god nytte av de psykoedukative intervensjonene som den faseorienterte traumebehandling skisserer. I mange av sakene er det likevel vanskelig å arbeide mestringsrettet med stabilisering og eventuelt traumbearbeiding. Pasienten er fortvilt og etterspør traumebehandling: «Når skal den liksom begynne?»

Jeg må innrømme at jeg føler meg utilstrekkelig i møte med dette spørsmålet. Jeg vet ikke riktig hva jeg skal svare. I tillegg til omfanget av traume- og krenkelseserfaringer og hvordan fenomenene opererer på tvers av diagnostiske kategorier og personligheter, slår det meg hvor uangripelige og ordløse erfaringene kan være. Det kjennes språkløst og tomt ut; verken pasient eller terapeut finner ordene som kunne ha potensial for å virke helende. Der det finnes ord virker de nedslående. Jeg hører historier jeg ikke kan tro er sanne, «gjorde de virkelig det mot deg?». Jeg blir fylt av en følelse av at ingenting, inkludert meg, traumebehandleren, kan rette opp i det grusomme og tapte som krenkelsene innebærer. En annen erfaring er pasienten som aktivt motsetter seg mine forsøk på å hjelpe og forstå, som lukker munnen, ingenting av det jeg kommer med har noen verdi. «Er dette traumebehandling?»

Det kan kjennes håpløst ut å arbeide med følgetilstander av traumer og krenkelser, til tross for stadig nye verktøy i terapikassa og muligheter for å rådføre seg med andre som har spesialkompetanse. Utfra den kjennskap jeg har til lignende opplevelser hos kollegaer og min kunnskap som psykoanalytisk orientert terapeut, tør jeg slå fast at jeg ikke er alene med mine følelser. *Håpløshet* som en reaksjon på å bevitne hva traumer og krenkelser medfører av tap og lidelse, må kunne kalles en motover-

føring. Ikke så mye i den klassiske forståelsen av begrepet, det vil si som uttrykk for temaer terapeuten bringer med seg fra sin egen fortid, men vel så mye motoverføring som informasjon om hva det vil si å *være den andre*, hva det fenomenet vi står overfor dreier seg om, motoverføring som klinisk instrument (Gullestad & Killingmo, 2005).

### NÅR ENDRINGSPROSESSER STOPPER OPP

I forsøket på å mobilisere empati og krefter til å stå i dette krevende emosjonelle landskapet har jeg kommet over, og vil gjerne dele, kunnskap jeg finner fortrøstende. Ikke fordi det tilbys verktøy ut av håpløsheten, men fordi fenomenene belyses i sin ødselighet og desperasjon, som det de er: komplekse, ujevnlige og forferdelige erfaringer som vi likevel må prøve å løfte frem, se på og forstå. Ett av kunnskapsfeltene ble nevnt i innledningen: Det dreier seg om *empirisk kunnskap om hyppighet av traume- og krenkelseserfaringer* og deres effekt på psykisk, sosial og somatisk helse. Dette er bidrag som hjelper meg å stå i en holdning av forsiktig behandlingsoptimisme. Når vi kjenner til omfanget og effektene av traume- og krenkelseserfaringer, blir det lettere å forstå og akseptere at det ikke alltid er mulig å få til endring, i hvert fall ikke innenfor rammene av en samtalebehandling på DPS. Det andre kunnskapsfeltet jeg vil løfte frem, er *psykoanalytisk traumeteori*. En tradisjon som har vært opptatt av å forstå den underliggende dynamikken bak symptomer og atferd, og det tragiske i at symptomer kan fungere som beskyttelse og derfor binder pasienten til egen lidelse. Det siste feltet jeg vil løfte frem, handler om *refleksjoner rundt historiers og vitnebyrdets egenverdi og potensial* for å berike vår psykologiske forståelse. Disse tre bidragene kan være et verdifullt tillegg til den rådende terapeutiske diskurs om behov for traumebehandling. Spesielt kan det være til nytte og trøst der endringsprosesser har stoppet opp. For pasienten som opplever at behandling ikke hjelper så mye som han eller hun hadde håpet på. For terapeuter: der vi av ulike årsaker ikke slipper til med vårt hjelpeønske eller ikke har ressursene eller tiden som skal til for å komme i posisjon til å hjelpe.

### PSYKOANALYTISK TRAUMETEORI

Innenfor psykoanalytisk tekning er man opptatt av traumenes effekt ikke primært som en ekstern hendelse som påvirker hjernes funk-

sjon eller skaper deskriptive symptomer i form av PTSD eller dissosiasjon, men hvordan traumet fortolkes i en interpersonlig kontekst, hvor tilliten til andres empati svekkes på et grunnleggende plan. Traumatisering, spesielt den som er forårsaket av andre mennesker, fører til dyp utrygghet og redusert evne til å ha tillit til andre mennesker. Den traumatisertes frykt og mistillit fra den gang internaliseres og påvirker relasjoner til andre, inkludert terapeuten. For noen er opplevelser og følelser så overveldende at de går inn i en psykisk ekvivalens-modus (Varvin, 2019): «Det er ikke bare jeg som oppfatter terapeuten min som lite hjelpsom og utrygg, terapeuten *er* faktisk ute etter å latterliggjøre eller skade meg.» Basert på denne forståelsen kan vi ikke snakke om å behandle traumet som sådant; vi forholder oss til ubearbejdede derivater av traumatiske erfaringer slik de manifesterer seg i pasientens måte å forholde seg til seg selv og andre på (Lesley & Varvin, 2016). Det som hos Gullestad og Killingmo (2005) går under betegnelsen relasjonsscenario, og hvor en implikasjon er at erfaringene på ulikt vis vil spille seg ut i overføringen, i relasjonen med terapeuten.

En slik tenkning harmonerer med min kliniske erfaring. Hos mange kan man arbeide med den manglende tilliten. Ved å være empatisk, tilstedeværende og intervenere i overføringen kan pasienten etter hvert lære å stole på terapeuten, hvilket igjen kan muliggjøre annet mer mestringsorientert endringsarbeid. Hos noen er tillitsproblemene så omfattende at man ikke kommer gjennom dem: På DPS møter vi pasienter som er sinte og fortvilte, som ikke vil snakke om det, men «ha hjelp». Terapisituasjonen kan oppleves truende og farlig, kanskje minner den om en forhørs-situasjon for den krigstraumatiserte eller om en overgrepssituasjon for den som har blitt seksuelt misbrukt. Forsøk på å berolige og trygge når dessverre ikke alltid frem.

Innenfor psykoanalytisk tekning er man opptatt av hvordan dissosiasjon og benektelse kan forstås som psykologisk beskyttelse mot overveldende stimuli. De konfliktfylte følelsene som aktiveres og den ubevisste mening den enkelte legger i «det som skjedde», vil i høy grad variere. Personlighetsutformingen forut for traumet, hvordan traumet interagerer og medieres av både andre erfaringer og traumets ulike karakteristika, medfører at tilsynelatende like traumeerfaringer gir helt ulike og individuelle utviklingsveier videre (PDM Task Force, 2006). Et eksempel på bidrag fra det psykoanalytiske feltet er Siri Gullestads (2005) artikkel *Who is «who» in dissociation, a plea for psychodynamics in a time of trauma*. Med en kasuistikk om en pasient med dissosiativ lidelse illustrerer Gullestad hvordan seksuelt misbruk som involverer omsorgspersoner, kan implisere en indre svært konfliktfull bearbejdelingsprosess. Hun beskriver hvordan grunnleggende relasjonsbehov og drifter vikles inn i og virker på hverandre og former den intrapsykiske utviklingen videre. Hun viser også hvordan dissosiasjon kan virke beskyttende mot å ta innover seg egen redsel, hjelpeløshet og sårbarhet.

### HISTORISKE, KLINISKE OG ETISKE DIMENSJONER

Det siste kunnskapsfeltet jeg har funnet støtte i, betoner den egenverdi og etiske plikt som ligger i det å fortelle om og bevitne historier om traumer og krenkelseserfaringer. La meg begynne med et eksempel som illustrerer betydningen av skjønnlitteratur i en historisk-politisk sammenheng. Forsker og litteraturviter Tonje Vold (2015) har studert hvordan vitnesbyrd fra den sørafrikanske Truth and Reconciliation Commission (TRC) »



Å heles innebærer i seg selv en form for krise. Man kan oppleve det å fortelle og bli bedre som å svikte sannheten om det som hendte

lever videre gjennom kunstneres og forfatters formidling og omarbeiding av stoffet. I kjølvannet av de historiske og kollektive traumene, og arbeidet til TRC, ble kvinners traume- og krenkelseserfaringer for første gang tema i den sørafrikanske samtidslitteraturen.<sup>4</sup> Eksempler er Achmat Dangors *Bitter frukt* (2005) og Coetzees *Vanære* (2002). Vold forstår dette som uttrykk for den manglende formidlingen av slike erfaringer gjennom TRC-prosessen så vel som i samfunnet ellers. Gjennom historier om seksualisert vold og overgrep, og om hvordan bekjennelsene til TRC i seg selv også kunne skape vansker, ble romanene kritiske motstemmer til den offentlige nasjonsbyggingsdebatten. Vold skriver om formidlingens etik:

Vi som ser og leser, blir tilhørere til deres historier, og dermed selv en del av en prosess som kanskje kan føre til at flere og bedre spørsmål stilles om hvordan vi formidler det krenkede, det usigelige og det tapte (s. 119).

Cathy Caruth, professor i komparativ og engelsk litteratur, er en foregangsfigur i det interdisiplinære feltet av forskning på litteratur og traumer. Fordi fiksjonen forteller indirekte og på overraskende måter om traumatiserende hendelser, kan de tas inn av leseren på en annen måte. Caruth beskriver det som at litteraturen åpner et vindu til de traumatiske opplevelsene, et vindu som vanligvis forblir lukket. Traumets temporalitet, en opplevelse som ikke kan fattes mens den pågår, men som fortsetter å hjemsøke den overlevende i etterkant, er et element som gjør at litteratur og andre kunstneriske kanaler både trekkes mot og er spesielt egnet til å formidle kompleksiteten i erfaringene (Caruth, 1996).

Disse interdisiplinære forsøkene på å forstå vektlegger krenkelsenes komplekse individuelle innvirkning, også når det gjelder helbredelse: å heles innebærer i seg selv en form for

.....

4. Sannhets- og forsoningskommisjonen var et tiltak for å nå målet om et demokratisk Sør-Afrika. Gjerningsmenn fikk amnesti dersom de vitnet og gitte kriterier var oppfylt, blant annet politisk motivasjon bak forbrytelsen. 22 000 mennesker vitnet for kommisjonen. Til tross for kommisjonens intensjoner om å inkludere apartheidregimets grusomme konsekvenser i historieskrivningen oppsto det tause områder i strømmen av bekjennelser. Seksualisert vold mot kvinner var et slikt taust område. Det ble også i liten grad tematisert hvordan bekjennelsene kunne skape ytterligere problemer for ofrene, for eksempel for kvinner som hadde skjult overgrepserfaringer for sine ektemenn (Vold, 2015).

krise. Man kan oppleve det å fortelle og bli bedre som å svikte sannheten om det som hendte. Innenfor en slik tenkning settes litteraturen i sammenheng med vitnesbyrden og anses sentral for formidling av traume- og krenkelseserfaringer, både politisk, klinisk og historisk.<sup>5</sup>

Psykoanalytiker og holocaust-overlevende Dori Laub (1995) skriver om hvordan et nærværende vitne er nødvendig for å kunne erkjenne og etter hvert fortelle om traumene. Holocaust var på sitt tidspunkt i historien, mens det pågikk, en historie uten vitner, skriver han. Krenkelsene skulle skjules og bety eller være ingenting, og fortielsen er en sentral del av traumets opprinnelse og ettervirkninger. «Vanskene med å bevitne seg selv», som Laub skriver (s. 65, min oversettelse). Helbredelse er ikke i seg selv drivkraften bak ønsket om å fortelle fordi i helbredelsen ligger også en underkjenning av krenkelsenes natur. Denne samtidigheten i å både ville og ikke ville representere noe symbolsk mener også Caruth (1996) er sentralt for å forstå traumers innvirkning i våre liv. I sin analyse av manuskriptet til *Hiroshima mon amour* (Duras & Resnais, 1960) tematiserer hun hvordan det å fortelle kan føles både helt livsnødvendig og som å svikte sannheten samtidig. Eller som fortellerstemmen i filmen uttrykker: «Impossible de parler de HIROSHIMA. Tout ce qu'on peut faire c'est de parler de l'impossibilité de parler de HIROSHIMA.»<sup>6</sup>

#### OPPSUMMERENDE BETRAKTNINGER

I essayet har jeg løftet frem tre ulike kunnskapsfelt som jeg selv opplever har vært til nytte og trøst for å forstå og stå i arbeidet med traume- og krenkelseserfaringer. Kunnskap som kan representere et verdifullt tillegg til den rådende terapeutiske diskurs, og spesielt der endringsprosesser har stoppet opp eller uteblir. Empirisk kunnskap om hyppighet av traume- og krenkelseserfaringer og deres heterogene effekt på psykisk, sosial og somatisk helse understøtter en holdning av forsiktig behandlingsoptimisme. Når vi kjenner til omfanget av og effektene av traumer og krenkelser, blir det lettere å forstå og akseptere at endring ikke alltid er mulig. Psykoanalytisk traumeteori bidrar til ytterligere aksept og empati for det fastlåste: gjennom å vektlegge at traumatisering svekker tilliten til andre mennesker på et grunnleggende plan, at den traumatiserte personen bærer sine erfaringer med seg videre i nye relasjoner, og at symptomene kan ha en beskyttende funksjon. Tenkningen om litteraturens og vitnesbyrdets formidlingspotensial og kraft stadfester at det ikke alltid finnes ord som kan beskrive grusomme erfaringer på et tilfredsstillende og etisk vis. I forsøkene på å hele kan vi kanskje bli for ivrige og komme til å glemme vår basale funksjon som tilstedeværende vitner, en funksjon som krever åpenhet for *hele* sannheten, også det som virker håpløst eller lite konstruktivt. En utfordring i arbeidet med traumatiserte pasienter kan kanskje oppsummeres slik: Hvordan kan vi formidle forståelse og avhjelpe lidelse uten å underkjenne med den kraft

.....

5. Vitnesbyrdets kraft har virket langt utenfor rammene av rettsalen. Som Wiesel skriver: «If the Greeks invented the tragedy, the Romans the epistle, and the Renaissance the sonnet, our generation invented a new literature, that of testimony» (s. 9, 1977). Innenfor den interdisiplinære traumeforskningen til blant andre Caruth og Felman (Caruth, 1995, 1996) studeres vitnesbyrd, skjønnlitteratur, film og andre erfaringsnære kilder alene og i sammenheng med hverandre med tanke på å utdype den teoretiske forståelsen av traume- og krenkelseserfaringer.

6. Umulig å snakke om HIROSHIMA. Alt vi kan gjøre, er så snakke om hvor umulig det er å snakke om HIROSHIMA (Duras & Resnais, 1960, min oversettelse).

og sannhet krenkelsene har innvirket? (Caruth, 1995). En annen: Hvordan kan det grusomme og tapte være like sant som det er forferdelig, og samtidig være utenfor rekkevidden av hva vi kan avhjelpe med terapi?

Dette essayet ble skrevet med utgangspunkt i en vanlig motoverføring i det terapeutiske arbeidet med traume- og krenkelseserfaringer: *håpløshet*. Traumenes innvirkning i våre liv er et samfunnsmessig og psykologisk anliggende som krever en bred tilnærming. Gjennom kunnskap fra ulike felt som nevrobiologi, sosiologi, psykoanalyse, litteratur og film blir jeg mer håpefull. Håpefull med tanke på at vi stadig kommer

nærmere disse fenomenenes kompleksitet. At vi kan fortsette å forstå og opplyse samfunn og medmennesker om den faktiske innvirkningen disse erfaringene har på psykisk helse. Håpefull med tanke på at vi kan hjelpe uten å bli overmåte håpefulle, og dermed redusere traume- og krenkelseserfaringer til individuelle psykiske lidelser som kan traumebehandles bort. ✘

## REFERANSER

- Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (red.). (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. Universitetsforlaget.
- Caruth, C. (red.). (1995). *Trauma: Explorations in memory*. Johns Hopkins University Press.
- Caruth, C. (1996). *Unclaimed experience: trauma, narrative, and history*. Johns Hopkins University Press.
- Coetzee, J. M. (2002). *Vanære* (A. Greiff, overs.). Cappelen Damm. (Opprinnelig utgitt 1999).
- Dangor, A. (2005). *Bitter frukt* (J. E. Bøe Lindgre, overs.). Dinamo forlag. (Opprinnelig utgitt 2001).
- Duras, M. & Resnais, A. (1960). *Hiroshima mon amour: scenario et dialogue*. Gallimard.
- Fjæreide, M. (2016). *Forekomst og konsekvenser av traumer hos et utvalg LAR pasienter* [Masteroppgave]. Institutt for klinisk medisin, UIO.
- Gullestad, S. E. (2005). Who is 'who' in dissociation?: A plea for psychodynamics in a time of trauma. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(3), 639–656. <https://doi.org/10.1516/KD27-XR94-RNXG-B2JE>
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2005). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Universitetsforlaget.
- Hafstad, G. S. & Augusti, E. M. (2020). *Barn, ungdom og koronakrisen. En landsomfattende undersøkelse av vold, overgrep og psykisk helse blant ungdom i Norge våren 2020: Delrapport 1 av 3* (Rapport 2/2020). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. [https://www.nkvt.no/content/uploads/2020/12/Rapport\\_2-20.pdf](https://www.nkvt.no/content/uploads/2020/12/Rapport_2-20.pdf)
- Kirkengen, A. L. (2001). *Inscribed Bodies*. Kluwer Academic Publishers. <https://doi.org/10.1007/978-94-017-1886-8>
- Kirkengen, A. L. (2005). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Universitetsforlaget.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano R. (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)
- Laub, D. (1995). Truth and Testimony: The Process and Struggle. I C. Caruth (red.), *Trauma: explorations in memory* (s. 61–76). The Johns Hopkins University Press.
- Lesley, J. & Varvin, S. (2016). Janet vs Freud on Traumatization: A Critique of the Theory of Structural Dissociation from an Object Relations Perspective. *British Journal of Psychotherapy*, 32, 436–455. <https://doi.org/10.1111/bjp.12249>
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Springs, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Thoresen S. & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Van der Hart, O. & Horst, R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4). <https://doi.org/10.1007/BF00974598>
- Van der Kolk, B. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review Psychiatry*, 1, 253–265. <https://doi.org/10.3109/10673229409017088>
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W W Norton & Co.
- Varvin, S. (2019). Det kliniske møte med overlevere etter menneskerettighetsovergrep. I E. Stänicke, H. Strømme, S. Kristiansen & L. Indrevoll Stänicke (red.), *Klinisk tenkning og psykoanalyse* (s. 141–164). Gyldendal Akademisk.
- Vold, T. (2015). Formidlingens etikk. Om formidling av det ujevne, det ubegripelige og det tapte. I H. Ridderstrøm & T. Vold (red.), *Litteratur- og kulturformidling: Nye analyser og perspektiver* (s. 101–119). Pax Forlag.
- Wiesel, E. (1977). The Holocaust as literary inspiration. I E. Wiesel, L. Dawidowicz, D. Rabinowitz & R. McAfee Brown, *Dimensions of the Holocaust* (s. 5–19). Northwestern University Press.

## ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2021 VOL. 58 NR. 09 S. 766-775 DOI: <https://doi.org/10.52734/3WfR437s>

# Foreldre underrapporterer om konflikter og utfordringer i forkant av mekling:

## En evaluering av familievernets differensieringsverktøy

Solveig Dittmann<sup>1,2</sup>, Linda Larsen<sup>1</sup> og Tonje Holt<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Avdeling for barns helse og utvikling, Område for psykisk og fysisk helse, Folkehelseinstituttet

<sup>2</sup> Familievernkontoret i Follo

**KONTAKT**

Solveig Dittmann,  
Follo familievernkontor,  
solveig.dittmann@  
bufetat.no

**MERKNAD**

forfatterne oppgir ingen interessekonflikter

**FAGFELLEVURDERT**

### Sammendrag

**Bakgrunn:** I 2016 implementerte familievern tjenesten *differensiert mekling* for å gi mer målrettet hjelp til foreldre i mekling. Basert på et differensieringsverktøy med åtte spørsmål som kartlegger grad av konflikt og utfordringer i foreldreskapet, forhåndssorteres sakene i ulike forløp. Dette differensieringsverktøyet har ikke tidligere blitt evaluert.

**Metode:** I denne artikkelen har vi sammenlignet foreldrenes svar på disse spørsmålene med foreldrenes svar på de samme spørsmålene når de gis anonymt på et elektronisk spørreskjema kort tid etterpå.

**Resultater:** En tredjedel av foreldrene underrapporterte om utfordringene de opplevde til familievern tjenesten, og kun 15 % av foreldrene som i det elektroniske spørreskjemaet rapporterte om problemer med rus eller vold, oppga dette til tjenesten. Foreldre som generelt underrapporterte om utfordringene, hadde høyere konfliktnivå og høyere nivåer av angst- og depresjonssymptomer. Foreldre som underrapporterte om problemer med rus eller vold, hadde mer fysisk voldelige konflikter.

**Konklusjon:** Det er behov for å styrke differensieringsverktøyet validitet. Vi mener foreldre trenger informasjon og trygge forhold når de skal besvare spørsmålene. Vi argumenterer for at en elektronisk gjennomføring av verktøyet vil kunne bidra til dette.

**Nøkkelord:** mekling, differensiert mekling, foreldrekonflikt, partnervold



I 2016 innførte familievernet *differensiert meklingsstjeneste*, som innebærer at meklingssakene forhåndssorteres for å kunne gi mer målrettet hjelp. Når foreldrene bestiller meklingssamtale, må de besvare åtte spørsmål i differensieringsverktøyet. Ut fra svarene kartlegger man grad av konflikt, tillit til medforelder samt hvorvidt det er problemer med rus og/eller vold i foreldreskapet. Dette verktøyet er ikke tidligere blitt validert. I denne artikkelen har vi sammenlignet foreldrenes svar på disse spørsmålene med foreldrenes svar på de samme spørsmålene når de gis anonymt på et spørreskjema kort tid etterpå. Dette vil gi verdifull informasjon om hvorvidt man ved differensieringen lykkes i å skille ut sakene hvor det er stort hjelpebehov.

### Den norske meklingsordningen

Mekling ved samlivsbrudd har som formål å hjelpe foreldre å komme fram til en avtale om foreldreansvar, bosted og samvær som er til det beste for barnet. Med unntak av noen eksterne meklere utøves mekling av psykologer og familierapeuter som er ansatt i familieverntjenesten. Familieverntjenesten er et lavterskeltilbud med en systemisk grunnforståelse, og foruten mekling tilbyr tjenesten hjelp med relasjonelle problemer til familier og til par med barn. Ifølge Ekeland er «Meklerens oppgave ikke å løse konflikten, men å stille seg «i midten» av den og på den måten hjelpe partene å komme fram til en løsning» (2010, s. 734). Uavhengig av om foreldrene har blitt enige eller ikke, mottar de etter endt time en meklingsattest som de trenger for å søke om separasjon (jf. ekteskapsloven, 1991, § 26), utvidet barnetrygd (jf. barneloven, 1981, § 51) eller for å ta saken til retten (jf. barneloven, 1981, § 61 første ledd nr. 1). Meklingsordningen har vært og er fremdeles i endring. I 2007 ble antall obligatoriske timer endret fra tre til én, og så sent som i slutten av 2020 ble det i et forslag til ny barnelov foreslått at den ene obligatoriske meklingsstimen skal byttes ut med én «foreldresamtale». Foreldre som ikke blir enige etter foreldresamtalen må derimot møte til syv timers mekling før de har anledning til å bringe saken inn for domstolen (NOU 2020:14).

### Ikke god nok hjelp i høykonfliktsakene

I Norge er mekling i dag obligatorisk for alle foreldre som skal gå fra hverandre og som har barn under 16 år, også for dem som i utgangspunktet er enige. Dette er unikt i internasjonal sammenheng, og et tilbakevendende spørsmål har vært om dette er hensiktsmessig ressursbruk. En stor evaluering av meklingsordningen gjennomført av forskere fra SIN-

TEF konkluderte med at ordningen ikke var til god nok hjelp for foreldre med langvarig og høy konflikt (Ådnanes et al., 2011). Gulbrandsen og Tjersland (2013) fant lignende resultat i sin studie; for syv av ti foreldre i høykonflikt ledet ikke meklingen fram til avtale. Til tross for at foreldre tilbys totalt syv meklings timer, ble 70 % av høykonfliktsakene avsluttet etter andre time. Samtidig registrerer domstolen en økning i foreldretvistsaker (Viblemo et al., 2016).

### Differensiert meklingsstjeneste

Siden studier har vist at meklingsordningen har hatt liten effekt for høykonfliktfamilier, startet derfor Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) i 2014 arbeidet med å utvikle en differensiert meklingsstjeneste. Ordningen ble så smått innført i 2016 og skulle sikre mer tilpasset hjelp til alle brukerne, særlig til høykonfliktfamiliene, samt kvalitetssikre og heve det faglige tilbudet i familieverntjenesten (NOU 2019: 20). Den differensierte meklingen innebærer at sakene sorteres inn i ulike forløp basert på foreldrenes hjelpebehov. Sorteringen skjer ved at foreldre besvarer åtte spørsmål når de bestiller meklingsstjeneste. Spørsmålene er utviklet av tjenesten selv ut fra erfaringsbasert kunnskap og omhandler tematikk knyttet til 1) uenighet om bosted, samvær og foreldreansvar, 2) utfordringer og konflikter i foreldresamarbeidet, 3) tillit til den andre forelderen, 4) hvorvidt foreldrene har vært i retten i forbindelse med en foreldretvist, og 5) problemer knyttet til rus eller vold (se appendiks for en nærmere beskrivelse av spørsmålene).

Meklerne får ikke vite hvem av foreldrene som har svart hva, og foreldrene får ikke på noe tidspunkt vite hverandres svar. Hvert svar har en poengskår, og basert på summen kategoriseres meklingen som enten A, B, C eller risikosak. A-løp er for foreldre med liten grad av konflikt. De er stort sett enige om innholdet i avtalen om foreldreansvar, bosted og samvær for barnet. B-løp er for foreldre med noe grad av uenighet, hvor en eller begge er preget av bruddet og trenger hjelp til å kommunisere om en avtale for barnet, men også til å reetablere foreldreskapet. C-løp er for foreldre med stor grad av konflikt, som for eksempel vurderer å ta saken til retten, og som har liten grad av tillit til hverandre. I risikosakene har foreldrene svart «ja» eller «vet ikke» på spørsmål om en eller begge har problemer med rus eller vold, og i tillegg kan de ha svart at de har konflikter om barna. Basert på hvilken type sak, eller løp, de tildeles, får foreldrene tilpasset innkalling og informasjon i forkant av meklingen. I C-løp og risikosakene blir det oftest satt opp to meklere fra første time. Tjenes-

ten har også utviklet «prosessmekling» for foreldre i C-løp. Dette innebærer at foreldrene tilbys et lengre forløp som både omfatter individuelle samtaler med mekler, et to-timers minikurs om foreldrekonflikt samt barnesamtale. Ved å presentere meklingen som en prosess er håpet at flere foreldre møter til samtaler utover den obligatoriske timen. Etter at en innførte differensiert mekling, viser tall fra Bufdir at gjennomsnittlig tidsbruk i mekling har gått opp fra 1,73 til 2,5 timer (NOU 2019: 20, s. 114).

### Foreldrenes svar på telefon sammenlignet med svarene deres på et elektronisk spørreskjema

Differensieringsverktøyets nest siste spørsmål dreier seg om hvorvidt en av foreldrene har problemer med rus og/eller vold. Dette er særlig sensitive tema hvor det kan være vanskelig å innhente pålitelig informasjon (O'Reilly et al., 2010; Stockwell et al., 2004). Metoden som benyttes for å hente inn sensitiv informasjon, kan ha betydning. Det har vist seg å være lettere å fortelle om sosialt lite ønskelig atferd ved å svare på et elektronisk spørreskjema sammenlignet med intervju ansikt-til-ansikt eller over telefon (Zhang et al., 2017), og elektronisk spørreskjema avdekker flere kvinner utsatt for partnervold enn ved direkte utspørringer eller utspørringer over telefon (Kataoka et al., 2010; Webster & Holt, 2004). Vår hypotese er at flere foreldre underrapporterer om rus og vold på telefon før meklingstimen sammenlignet med det de oppgir i det anonyme spørreskjemaet.

«Familier i Norge: foreldreskap, samliv og konflikt» (FamilieForSK-studien) er en longitudinell studie som undersøker hvordan forhold i familien henger sammen med barns trivsel og utvikling. I denne artikkelen har vi brukt data fra foreldre som ble invitert til å delta i studien da de møtte til mekling i familieverntjenesten.

### Formål og problemstillinger

Det overordnede formålet med denne studien er å få mer kunnskap om validiteten til differensieringsverktøyet som har blitt brukt i familieverntjenesten siden 2016. Vi ønsker særlig å se på spørsmålet som handler om rus og/eller vold, da vi antar at dette temaet er særlig sårbart for underrapportering. Vi undersøker tre delproblemstillinger:

1. I hvor stor grad er det samsvar mellom svarene foreldrene oppgir på telefon til tjenesten, og svarene de oppgir i et anonymt elektronisk spørreskjema?
2. I hvor stor grad underrapporterer foreldre utfordringer generelt når de svarer på spørsmål over telefon, og hva kjennetegner foreldrene som under-

rapporterer om utfordringer når det gjelder konfliktnivå, forekomst av fysisk vold, psykiske plager, alkoholbruk og vold i egen oppvekst?

3. I hvor stor grad underrapporterer foreldre om rus eller vold i foreldreskapet når de svarer på spørsmål over telefon, og hva kjennetegner foreldre som underrapporterer om rus eller vold når det gjelder konfliktnivå, forekomst av fysisk vold, psykiske plager, alkoholbruk og vold i egen oppvekst?

## Metode

### Rekruttering

Data ble hentet fra FamilieForSK-studien. Familiene ble rekruttert og samtykket til deltakelse da de var til samtale i familieverntjenesten i forbindelse med parterapi, mekling eller foreldresamarbeid. Totalt deltar 2831 familier i studien, hvorav 2729 deltakere er mødre, 2467 er fedre, og 1454 er barn. Dersom begge foreldrene samtykket til å delta i studien, svarte også terapeut/mekler fra tjenesten på et spørreskjema vedrørende den spesifikke familien. Utvalget i denne artikkelen består av foreldre som har møtt til mekling i forbindelse med samlivsbrudd eller foreldretvist, og hvor vi også har informasjon om hvilket løp de ble tildelt i tjenesten.

### Beskrivelse av utvalget

Utvalget i denne artikkelen bestod av 761 foreldre fra 514 familier (352 fedre, 409 mødre). I 247 familier deltok begge foreldrene, og i 267 familier deltok kun mor eller far. Gjennomsnittsalder var 39 år (standardavvik ( $S$ ) = 8, spennvidde 19–62). Av disse bodde 3 % fortsatt sammen, 25 % var i ferd med å flytte fra hverandre, 38 % hadde bodd fra hverandre i mindre enn seks måneder, 32 % hadde bodd fra hverandre i mer enn seks måneder, og 2 % hadde aldri bodd sammen. For gruppen som hadde bodd fra hverandre i mer enn seks måneder, var det i gjennomsnitt tre år ( $S = 3$ ) siden de flyttet fra hverandre. Omtrent halvparten (53 %) av familiene hadde ett barn, 41,8 % to barn og 5,2 % hadde tre barn eller flere. Det var 18 % av foreldrene som oppga at de også hadde barn fra et annet forhold. På spørsmål om hvordan familien hadde klart seg økonomisk til nå, svarte 20,4 % «vi har klart oss svært bra», 41,7 % «vi har klart oss bra», 31,8 % «vi har klart oss», 5,6 % «vi har klart oss dårlig», og 0,5 % svarte «vi har klart oss svært dårlig». Av alle foreldrene var 68,3 % i lønnet arbeid (80 % stilling eller mer), 9,7 % arbeidet deltid, 2,4 % var under utdanning, 2,4 % i foreldrepermisjon, 9,8 % var sykemeldt eller ufør, 4,4 % var arbeidssøkende og 3 % svarte «annet» på spørsmål om arbeidssituasjon.

## Måleverktøy

### Tildeling av meklingsløp

Kategorisering i ulike meklingsløp (henholdsvis A, B, C og risikosaker) ble avgjort ved hjelp av differensieringsverktøyet (se appendiks for detaljert gjengivelse av verktøyet med poenggivning). Spørsmålene har to og tre svarkategorier som kan gi poeng mellom 0 og 1000. Poengene summeres, og basert på denne summen blir foreldrene tildelt A-løp (0–74 poeng), B-løp (75–199 poeng), C-løp (200–499 poeng) og risikosak (500 poeng eller mer). I de tilfellene der tjenesten har innhentet svar fra begge foreldrene og foreldrenes poengsum er ulik, blir den høyeste poengsummen lagt til grunn for tildeling av løp. I de tilfellene hvor tjenesten kun har svar fra den ene forelderens, blir denne forelderens svar utslagsgivende, og en poengsum tilsvarende A-løp blir oppjustert til et B-løp. Tjenesten gjør dette for å ta høyde for eventuell konflikt. I denne artikkelen har vi utregnet tildeling av løp på samme måte som tjenesten. Vi har imidlertid ikke oppjustert til B-løp dersom kun en av foreldrene deltok i studien, fordi vi vurderer at valget om ikke å delta i en studie ikke kan sidestilles med ikke å besvare telefonen når familieverntjenesten ringer.

### Foreldrekonflikter

De ulike aspektene ved foreldrekonflikter ble målt med Conflicts and Problem-Solving Scales (CPS; Kerig, 1996), et instrument som ble utviklet for å måle aspekter ved foreldrekonflikt som er særlig skadelige for barn. Instrumentet er oversatt til norsk av Familie-ForSK-studien, og kortversjonen som ble benyttet i denne artikkelen, er utviklet på bakgrunn av en valideringsstudie utført av forskerne i prosjektet (Helland et al., 2021).

**Konfliktnivå.** Vi lagde en indeks for konfliktnivå som ble satt sammen av et mål på frekvensen av konflikter (CPS-FR) og et mål på verbal aggresjon ved uenigheter (CPS-VA), begge fra CPS. Frekvensen av konflikter ble målt med to spørsmål om hvor ofte foreldrene har små og store uoverensstemmelser, fra *en gang i året* (skåret 1 for små uenigheter, 2 for store) til *nesten hver dag* (skåret 6 for små uenigheter, 12 for store). Totalskår går fra 3 til 18. Verbal aggresjon ble målt med tre spørsmål om hvorvidt foreldrene opplever at medforelder 1) «anklager», 2) «skjeller ut, banner, fornærmer» og 3) «sier noe for å såre eller anklage». Svaret skåres på en Likert-skala fra 0 (aldri) til 3 (ofte). For å lage indeks for konfliktnivå ble skårene fra CPS-FR og CPS\_VA omgjort til en 4-punkts Likert-skala. Cronbachs alfa for indeksen viste god indre konsistens ( $\alpha = .78$ ).

**Fysisk voldelige konflikter.** Fysisk vold under konflikt mellom foreldrene ble målt med CPS-fysisk

aggresjon (FA). Deltakerne svarte på hvor ofte de blir utsatt for at medforelder 1) «kaster gjenstander, smelter dører, ødelegger ting», 2) «truer med å skade den andre», 3) «dytter, slår, sparker eller holder fast den andre» på en skala fra 0 (aldri) til 3 (ofte). Indre konsistens var god ( $\alpha = .89$ ).

### Angst- og depresjonssymptomer

En kortversjon av Hopkins Symptom Check List-25 (SCL-8) med åtte spørsmål ble benyttet for å måle angst- og depresjonssymptomer hos foreldrene (Tambs & Røysamb, 2014). Angst og depresjonssymptomene rangeres på en Likert-skala fra 0 (ikke plaget) til 3 (veldig mye plaget). Indre konsistens var utmerket ( $\alpha = .93$ ).

### Alkoholbruk

Alkoholbruk ble målt med tre spørsmål fra Alcohol Use Disorders Identification Test (Bush et al., 1998). Foreldrene svarte på hvor ofte de drikker alkohol (aldri = 0, daglig = 6), hvor mange alkoholenheter de vanligvis drikker (færre enn én = 0, til ti eller flere = 5), og hvor ofte de drikker mer enn seks alkoholenheter (aldri = 0, til nesten daglig = 4). Skalaene ble omgjort til 0 til 4 på de to første spørsmålene for å beregne gjennomsnittet.

### Oppveksterfaringer

Forekomst av vold i deltakernes oppvekstfamilie ble innhentet med åtte spørsmål fra Den norske mor og barn-undersøkelsen (MoBa). Tre spørsmål kartla hvorvidt respondenten hadde vært vitne til vold eller alvorlig konflikt som barn. To spørsmål kartla hvorvidt respondenten selv var blitt utsatt for fysisk eller verbal vold og krenkelser, og tre spørsmål kartla opplevelse av hengivenhet mellom foreldre samt følelsen av å være elsket av mor og far. Svarene ble skåret fra 0 (aldri) til 4 (veldig ofte). Tre spørsmål ble reversert for å beregne gjennomsnittet. Indre konsistens var god ( $\alpha = .82$ ).

### Statistiske analyser

Vi benyttet Pearsons khi-kvadrattest for å undersøke eventuelle forskjeller i fordeling av løp mellom utvalget i studien som svarte på telefon til tjenesten og nasjonale tall fra familieverntjenesten. Dette ble gjort for å undersøke hvor representativt utvalget i studien var med alle meklingsaker i familieverntjenesten. Vi fikk tilsendt oversikt over antall meklinger i familieverntjenesten nasjonalt, fordelt på A-, B-, C-løp og risikosak som ble avsluttet i perioden desember 2019 – januar 2020 fra Bufdir.

Deskriptive analyser ble gjennomført for å vise frekvenser og prosent av familiene slik de svarte på

telefon, og slik de svarte i et elektronisk anonymt spørreskjema. T-tester for uavhengig utvalg ble gjennomført for å undersøke gruppeforskjeller mellom de som underrapporterte og de som ikke underrapporterte om vansker, hvor signifikansnivå  $p < .01$  ble benyttet.

Da vi undersøkte grad av samsvar mellom svarene som ble gitt på telefon og svarene som ble gitt på elektronisk spørreskjema, gjorde vi det på familienivå, og den ene forelderens svar (den med lavest poengsum) ble midlertidig fjernet fra datasettet i den forbindelse. Da vi imidlertid undersøkte underrapportering, altså de tilfeller hvor foreldrene rapporterer om større problemer i det elektroniske spørreskjemaet enn på telefon, undersøkte vi dette på individnivå, fordi foreldrene svarte på vegne av seg selv når det gjelder foreldrekonflikt, psykisk helse, alkoholbruk og egne oppveksterfaringer. Alle analyser er gjennomført ved bruk av IBM SPSS Statistics 26.

## Resultater

Da vi sammenlignet fordelingen av løp i vårt utvalg med den nasjonale fordelingen av løp slik den ble rapportert fra tjenesten, viste Pearson khi-kvadrattest en signifikant forskjell på fordelingen mellom utvalgene ( $\chi^2 = 8.9, p < .01$ ). I hovedsak var det en lavere prosentandel C-løp i vårt utvalg enn det var i tjenesten.

Den første problemstillingen vi undersøkte omhandlet i hvor stor grad det var samsvar mellom svarene foreldrene i utvalget oppga på telefon til tjenesten, og svarene de oppga i et anonymt elektronisk spørreskjema. Svarene som ble oppgitt på telefon, samsvarte med svarene i det elektroniske spørreskjemaet for 85 % av A-løpene, 32 % av B-løpene, 77 % av C-løpene og 15 % av risikosakene. Tabell 1 viser frekvenser av de ulike løpene etter responstypene svar på telefon og svar via elektronisk spørreskjema. Generelt viser resultatene at det er flere risikosaker basert på de elektroniske svarene sammenlignet med svarene gitt på telefon.

**Tabell 1**

Oversikt over utvalgets fordeling av løp for responstypene svar på telefon og svar på elektronisk spørreskjema

Løp	Svar på telefon		Svar på elektronisk spørreskjema	
	Antall familier	Prosent	Antall familier	Prosent
A	283	55	237	46
B	90	18	133	26
C	115	22	62	12
Risikosak	26	5	82	16
Totalt	514	100	514	100

*Merknad.* Svarene er gitt på familienivå.

**Tabell 2**

Forskjeller i konfliktnivå, fysisk vold, psykiske problemer, alkoholbruk og vold i egen oppvekst når utvalget deles inn i 2 grupper basert på underrapportering/ikke underrapportering av løp

Variabler	Ikke underrapport		Underrapport		<i>t</i> -test
	Gjnsn	S	Gjnsn	S	
Konfliktnivå (CPS-FR, CPS-VA)	1,26	0,83	1,60	0,78	-5,10*
Fysisk voldelige konflikter (CPS-FA)	0,63	1,13	0,78	1,09	-1,63
Angst- og depresjonssymptomer (SCL-8)	0,71	0,66	0,95	0,86	-3,78*
Alkoholbruk (AUDIT)	1,02	0,62	1,06	0,64	-0,81
Vold i egen oppvekst (fra MoBa)	0,94	0,64	0,94	0,68	-0,04

*Merknad.* Gjnsn: gjennomsnitt; S: standardavvik; CPS: Conflicts and Problem-Solving Scales; FR: Frekvens; VA: Verbal Aggresjon; FA: Fysisk Aggresjon; AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test; SCL-8: kortversjon av Hopkins Symptom Check List; MoBa: Den norske mor, far og barn-undersøkelsen.

\* Indikerer statistisk signifikansnivå  $p < .01$

Videre ønsket vi å undersøke hvor mange som underrapporterte om vansker (basert på løpsinndelingen) da de svarte på spørsmål på telefon, sammenlignet med da de svarte på det anonyme spørreskjemaet, og hva som kjennetegnet respondentene som underrapporterte vansker. Resultatene viser at 30 % av foreldrene underrapporterte omfanget av problemer på telefon sammenlignet med det de oppga i det elektroniske spørreskjemaet. Til sammenligning svarte 58 % av foreldrene det samme på telefon som på elektronisk spørreskjema, mens 12 % overrapporterte om problemer på telefon sammenlignet med det de svarte på det elektroniske spørreskjemaet. For å undersøke nærmere hva som kjennetegnet foreldrene som underrapporterte på telefon, slo vi sammen de to siste gruppene (de som overrapporterte og de som svarte det samme) og sammenlignet dem med underrapporteringsgruppen. Underrapporteringsgruppen hadde signifikant høyere konfliktnivå og mer angst- og depresjonssymptomer enn gruppen som ikke underrapporterte ( $p < .01$ ). Det var ingen signifikante gruppeforskjeller i bruk av alkohol, fysisk aggresjon eller oppveksterfaringer med vold. Resultatene fra t-testene er listet i tabell 2.

I den siste problemstillingen ønsket vi å undersøke hvor mange av foreldrene som underrapporterte om rus eller vold da de svarte på spørsmål på telefon sammenlignet med de som svarte på det elektroniske spørreskjemaet, og hva som kjennetegnet de som underrapporterte om dette. I 82 av meklings sakene i utvalget rapporterte minst en av foreldrene på det elektroniske spørreskjemaet at det var problemer med rus og/eller vold. Blant disse var det bare 15 % som basert på telefonintervjuet var en risikosak (noe som er en indikasjon på rus og/eller vold), mens 52 % ble tildelt C-løpet, 9 % B-løpet og 24 % A-løpet. Tildeling av både A, B og C utelukker rapport av vold. Det var altså hele 75 % av familiene som oppga rus eller vold i det elektroniske spørreskjemaet som svarte nei på dette spørsmålet da de ble intervjuet på telefon. For å undersøke hva denne underrapporteringen var assosiert med, sammenlignet vi underrapporteringsgruppen med gruppen som ikke underrapporterte om rus og/eller vold i foreldreskapet. Resultatene fra t-testene er listet i tabell 3. Underrapporteringsgruppen hadde signifikant høyere konfliktnivå ( $p < .01$ ), mer angst- og depresjonssymptomer ( $p < .01$ ) samt fysisk voldelige konflikter ( $p < .01$ ) sammenlignet med gruppen som ikke underrapporterte om rus og/eller vold i foreldreskapet. Vi fant ingen signifikante forskjeller i alkoholbruk eller oppveksterfaringer med vold.

**Tabell 3**

*Forskjeller i konfliktnivå, fysisk vold, psykiske problemer alkoholbruk og vold i egen oppvekst når utvalget deles inn i 2 grupper basert på underrapportering/ikke-underrapportering av rus og/eller vold.*

Variabler	Ikke underrapport		Underrapport		t-test
	Gjns	S	Gjns	S	
Konfliktnivå (CPS-FR, CPS-VA)	1,26	0,81	1,82	0,72	-6,68*
Fysisk voldelige konflikter (CPS-PA)	0,57	1,07	1,17	1,20	-5,08*
Angst- og depresjonssymptomer (SCL-8)	0,75	0,70	1,02	0,90	-3,38*
Alkoholbruk (AUDIT)	1,02	0,60	1,11	0,68	-1,36
Vold i egen oppvekst (fra MoBa)	0,94	0,63	0,99	0,75	-0,80

*Merknad.* Gjns: gjennomsnitt; S: standardavvik; CPS: Conflicts and Problem-Solving Scales; FR: Frekvens; VA: Verbal Aggresjon; FA: Fysisk Aggresjon; AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test; SCL-8: kortversjon av Hopkins Symptom Check List; MoBa: Den norske mor, far og barn-undersøkelsen.

\* Indikerer statistisk signifikansnivå  $p < .01$

## Diskusjon

I denne artikkelen har vi undersøkt validiteten av differensieringsverktøyet som brukes i forbindelse med begjæring av mekling. I alt 30 % av foreldrene underrapporterte generelt om konflikter og utfordringer da de svarte på telefon sammenlignet med da de svarte anonymt i et elektronisk spørreskjema. Dette er i tråd med andre funn, som viser at elektronisk spørreskjema gir mer sannferdige svar om tabubelagt atferd sammenlignet med intervju ansikt-til-ansikt (Hussain et al., 2013; Zhang et al., 2017). Kun 15 % av foreldrene som i det elektroniske spørreskjemaet oppga at de har problemer med rus og/eller vold, oppga dette på telefon til tjenesten. Dette stemmer overens med andre studier, som har vist at det er vanskelig å avdekke vold fordi underrapportering er vanlig (Bair-Merritt et al., 2006; O'Reilly et al., 2010).

Det er mulig at noe av underrapporteringen på telefon kan tilskrives at besvarelsen i det elektroniske spørreskjemaet er anonymisert, men det kan også være andre årsaker til at foreldrene underrapporterer. Mange foreldre er i en sårbar situasjon når de begjærer mekling. Tiden forut for bruddet kan ha vært vanskelig og turbulent, men foreldrene er likevel avhengig av hverandres velvilje for å bli enige om fordelingen av tiden med barna. Om de er usikre på om ekspartneren får vite svaret deres, kan det være et konfliktdependende grep å holde litt igjen når de besvarer hvorvidt de har konflikter og utfordringer. Foreldre kan også være skeptiske til hvilke konsekvenser det får dersom de svarer bekreftende på spørsmålet om en eller begge har problemer med rus og/eller vold, og noen vil kanskje frykte at barnevernet blir informert.

Resultatene viser at foreldre med større belastninger er mer tilbøyelige til å underrapportere på telefon enn foreldre som ikke har like store belastninger. Det kan være flere årsaker til dette. Studier av hjelpesøkende atferd har vist at tabu og skam er de viktigste barrierene for å oppsøke hjelp for personer som strever med psykiske plager (Barney et al., 2006). Mange kan være redde for å bli misforstått eller forhåndsdømt av mekler. Manglende samarbeid og høyt konfliktnivå er uheldig for barna, og foresatte kan være bekymret for å bli stemplet som dårlige foreldre som ikke takler foreldrerollen. For mange er meklingen foreldrenes første møte med familievernet, og kanskje med hjelpetjenester generelt, og foreldre er naturlig nok usikre på hva de kan forvente.

Selv om resultatene viser at det er begrenset mulighet til å grovsortere hjelpebehovet til foreldrene gjennom differensieringsverktøyet, betyr ikke det at differensieringen er nytteløs. Screening av partnervold

kan avdekke mer vold enn en ustandardisert utspørring eller ingen screening i det hele tatt (O'Reilly et al., 2010). Dette gjelder også for differensieringsverktøyet, som er et bedre alternativ enn ingen sortering. Screening kan også virke bevisstgjørende og fungere som en vekker for voldsutsatte (Spangaro et al., 2010). Det er samtidig viktig å være klar over begrensningene til verktøyet og settingen for screeningen, slik at en kan forhindre at differensieringen får uheldige utfall. Resultatene viser at halvparten av foreldrene som skulle vært identifisert som risikosak, ble identifisert som et C-løp. Det er høyere forekomst av rus- og voldsproblemer blant foreldre i høykonflikt enn blant foreldre i lavkonflikt (Helland & Borren, 2015; Ådnanes et al., 2011). Det er derfor ikke så overraskende at det befinner seg en gruppe foreldre i C-løpet som har problemer med rus og/eller vold i tillegg til konflikt. Dette er mekler sannsynligvis klar over. Mer urovekkende er det at en fjerdedel av foreldrene i denne underrapporteringsgruppen underrapporterer om samtlige problemer, og derfor er blitt tildelt A-løp. Differensieringen gir en indikasjon på hva mekler vil møte i rommet, og hvordan meklingen kan gripes an. Selv om de fleste meklere har erfart at løpet foreldrene er blitt tildelt, ikke alltid stemmer, er det et betydelig gap mellom A-løp og risikosak.

## Implikasjoner for praksisfeltet og videre utvikling av differensieringsordningen

Differensieringsverktøyet er utviklet av familieverntjenesten ut fra erfaringsbasert kunnskap. Temaene det spørres om, blir ansett som fornuftige med tanke på hvilke utfordringer foreldre ofte har når de går fra hverandre. Det var også viktig for tjenesten at spørsmålene skulle være få, og at silingen var en grovsortering. Vi vil påpeke at spørsmålene som benyttes, ikke er basert på validerte måleinstrumenter. Heller ikke skåringen som brukes, er validert. Vi kan derfor ikke vite sikkert om spørsmålene fanger opp fenomenene eller omfanget av dem på en reliabel måte, og hvorvidt grensene for de ulike løpene gjenspeiler reelle skillelinjer i omfang og belastninger hos foreldrene. Denne artikkelen har ikke evaluert hvorvidt verktøyet på en god måte fanger opp de fenomenene det har som mål å fange opp. Vi kan likevel ikke utelukke at resultatene og fravik i rapportering hadde sett annerledes ut dersom validerte skjemaer hadde blitt benyttet. Vi anbefaler at man drar veksler på validerte måleinstrumenter i eventuell videre utvikling og revidering av verktøyet.

Vi mener at en kartlegging kan bidra til en bedre tilpasset hjelp og til at viktige ressurser blir brukt mer målrettet der det er mest behov. Det kan også

avdekke belastninger, vold og konflikter i familier, noe som er nødvendig å kjenne til for å kunne gi et best mulig tilbud. I den forbindelse tyder våre funn, og årsakene vi antar medvirker til at så mange foreldre underrapporterer, på at elektronisk spørreskjema gir mer valide svar enn et telefonintervju. Elektronisk gjennomføring gjør det mulig å gi utdypende informasjon på hvert spørsmål, for eksempel en nærmere definisjon av begrepene «rus» og «vold». Det vil også sikre at begge foreldrene får lik informasjon. Videre kan foreldrene selv velge tid og sted for når de ønsker å besvare spørsmålene, og bruke den tiden de trenger på dette. En hovedårsak til at foreldrene oppga flere utfordringer og problemer i det elektroniske spørreskjemaet, kan være at de besvarte spørsmålene anonymt, noe de ikke kan i tjenesten. Vi mener at elektronisk spørreskjema med de ovennevnte grepene kan gjøre differensieringen tryggere for foreldrene og dermed ha noe av de samme effektene som anonymiteten potensielt har. Det er uvisst i hvilken grad differensieringen former forventningene mekler har, og hvordan disse forventningene styrer meklers praksis for å avdekke konflikter, rus og vold, men det er ikke utenkelig at differensieringen i sin nåværende form ikke fanger opp foreldrenes utfordringer. Dette er viktig informasjon for mekler og tjenesten for å kunne videreutvikle tilbudet.

### Begrensninger ved studien

Denne studien har gitt verdifull kunnskap om hvordan foreldre svarer på familieverntjenestens differensieringsverktøy. Likevel må noen begrensninger nevnes. Foreldrene som har deltatt i studien, er ikke representative for alle foreldre som er til mekling i familievernet. Foreldre i risikogruppen er for eksempel underrepresentert. Basert på telefonintervju i tjenesten blir saken oppjustert til et B-løp dersom kun én forelder har svart. Her viker altså vår metode noe fra tjenestens, og de elektroniske spørreskjemaene gir derfor flere foreldre i A-løpet enn det telefonintervjuene gjør.

Vi må også ta noen forbehold i vår tolkning av resultatene. Foreldrene ble invitert til å delta i studien da de møtte til mekling. De har dermed svart på differensieringsspørsmålene til tjenesten forut for deltakelse i studien. Vi kan derfor ikke utelukke at foreldrene rapporterer om mer konflikt senere fordi disse har eskalert etter at foreldrene møtte til mekling. Vi mener imidlertid det er lite sannsynlig at resultatene er preget av dette, da mekling tvert imot pleier å bidra til reduksjon av konflikter, ikke eskalering (Emery et al., 2005).

Vi kan ikke vite sikkert at det er i det elektroniske spørreskjemaet vi finner de mest oppriktige svarene. Det er mulig at foreldrene har *overrapportert* om vanskene i det elektroniske spørreskjemaet. For eksempel kan de ha ønsket å sverte sin ekspartner i det elektroniske spørreskjemaet, der de har svart anonymt og ikke trenger å stå til ansvar for besvarelsen. Vi mener imidlertid det er lite sannsynlig. Underrapportering av rus og vold er et robust funn og en generell utfordring som forskning på slike temaer lider under. Selv med elektronisk spørreskjema vil det sannsynligvis være store mørketall når en kartlegger forekomsten av tabubelagt atferd. Foreldrene har også lite å hente på å overdrive utfordringene de opplever. I den grad respondenter vrir på svarene, er det mer vanlig å heller fremstille seg selv i et bedre lys (Krumpal, 2013). Spørsmålenes generelle art gjør det imidlertid vanskelig å fremheve seg selv, da de svarer på vegne av dem begge.

### Konklusjon

Hensikten til familieverntjenestens med å innføre differensiert mekling var å gjøre hjelpen mer målrettet, slik at foreldre med konflikt og utfordringer skulle få mer og bedre hjelp. Differensieringen slik den gjennomføres nå, fungerer bedre enn en vilkårlig tildeling av løp, og er bedre enn ingen sortering. Likevel har denne studien vist at en stor andel av familiene som tjenesten ønsker å nå, ikke blir identifisert ved differensieringen fordi foreldrene underrapporterer vanskene. Det ser ut til at de som underrapporterte, utgjør en særlig sårbar gruppe, med høyere nivå av konflikt, psykiske plager og fysisk voldelige konflikter. Dette er viktig informasjon med tanke på videreføring av ordningen. Dersom meklingen skal bli mer differensiert i sin utforming og de ulike løpene skal ligge til grunn for hvilket tilbud som gis, må en styrke validiteten til differensieringsverktøyet. Vi foreslår derfor at differensieringen blir gjennomført elektronisk, og anbefaler at eventuelle endringer i gjennomføring blir etterfulgt av en ny systematisk evaluering for å se om endringen har hatt ønsket effekt. ✘

## Referanser

- Bair-Merritt, M. H., Feudtner, C., Mollen, C. J., Winters, S., Blackstone, M. & Fein, J. A. (2006). Screening for intimate partner violence using an audiotape questionnaire: a randomized clinical trial in a pediatric emergency department. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *160*(3), 311–316. <https://doi.org/10.1001/archpedi.160.3.311>
- Barneloven. (1981). Lov om barn og foreldre (LOV-1981-04-08-7). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about Depression and its Impact on Help-Seeking Intentions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(1), 51–54. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01741.x>
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D. & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, *158*(16), 1789–1795. <https://doi.org/10.1001/archinte.158.16.1789>
- Ekeland, T.-J. (2010). Mekling – en kontekstuell modell. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *47*(8), 734–742.
- Ekteskapsloven. (1991). Lov om ekteskap (LOV-1991-07-04-47). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1991-07-04-47>
- Emery, R. E., Sbarra, D. & Grover, T. (2005). DIVORCE MEDIATION: Research and Reflections. *Family Court Review*, *43*(1), 22–37. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1744-1617.2005.00005.x>
- Gulbrandsen, W. & Tjersland, O. A. (2013). Hvordan virker obligatorisk foreldremekling ved store konflikter? I W. Gulbrandsen, *Obligatorisk mekling med foreldre i store konflikter*. [Doktorgradsavhandling, 2016]. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-53027>
- Helland, M. S. & Borren, I. (2015). *Foreldrekonflikt; identifikasjon av konfliktnivåer, sentrale kjennetegn og risikofaktorer hos høykonfliktpar* [Rapport Nr. 2015: 3]. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2015/foreldrekonflikt-identifikasjon-av/>
- Helland, M. S., Holt, T., Gustavson, K., Larsen, L. & Røysamb, E. (2021). The Conflict and Problem-Solving Scale (CPS): Validation and development of a conflict strategy short-form using a Norwegian sample [Under fagfelleevaluering].
- Hussain, N., Sprague, S., Madden, K., Hussain, F. N., Pindiprolu, B. & Bhandari, M. (2013). A Comparison of the Types of Screening Tool Administration Methods Used for the Detection of Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, *16*(1), 60–69. <https://doi.org/10.1177/1524838013515759>
- Kataoka, Y., Yaju, Y., Eto, H. & Horiuchi, S. (2010). Self-administered questionnaire versus interview as a screening method for intimate partner violence in the prenatal setting in Japan: A randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *10*(1), 84. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-84>
- Kerig, P. K. (1996). Assessing the links between interparental conflict and child adjustment: The conflicts and problem-solving scales. *Journal of Family Psychology*, *10*(4), 454–473. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.10.4.454>
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review. *Quality & Quantity*, *47*(4), 2025–2047. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9640-9>
- NOU 2019: 20. (2019). *Et styrket familievern – En gjennomgang av familieverntjenesten*. Barne- og familiedepartementet.
- NOU 2020: 14. (2020). *Ny barnelov – til barnets beste*. Barne- og familiedepartementet.
- O'Reilly, R., Beale, B. & Gillies, D. (2010). Screening and Intervention for Domestic Violence During Pregnancy Care: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, *11*(4), 190–201. <https://doi.org/10.1177%2F1524838010378298>
- Spangaro, J. M., Zwi, A. B., Poulos, R. G. & Man, W. Y. N. (2010). Six Months After Routine Screening for Intimate Partner Violence: Attitude Change, Useful and Adverse Effects. *Women & Health*, *50*(2), 125–143. <https://doi.org/10.1080/03630241003705060>
- Stockwell, T., Donath, S., Cooper-Stanbury, M., Chikritzhs, T., Catalano, P. & Mateo, C. (2004). Under-reporting of alcohol consumption in household surveys: a comparison of quantity–frequency, graduated–frequency and recent recall. *Addiction*, *99*(8), 1024–1033. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00815.x>
- Tambs, K. & Røysamb, E. (2014). Selection of questions to short-form versions of original psychometric instruments in MoBa. *Norsk Epidemiologi*, *24*(1–2). <https://doi.org/10.5324/nje.v24i1-2.1822>
- Viblemo, T., Tobro, M., Knutsen, V., Olsen, L., Gleinsvik, A. & Busch, R. (2016). *Kartlegging av foreldretvister etter barneloven*. Oxford Research AS.
- Webster, J. & Holt, V. (2004). Screening for Partner Violence: Direct Questioning or Self-Report? *Obstetrics & Gynecology*, *103*(2), 299–303. <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000110245.83404.3d>
- Zhang, X., Kuchinke, L., Woud, M. L., Velten, J. & Margraf, J. (2017). Survey method matters: Online/offline questionnaires and face-to-face or telephone interviews differ. *Computers in Human Behavior*, *71*, 172–180. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.02.006>
- Ådnanes, M., Haugen G. M. D., Jensberg, H., Rantalaiho, M. & Husum, T. L. (2011). *Evaluering av mekling etter ekteskapslov og barnelov* [Rapport Nr. A20162]. SINTEF. <https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/helsetjenesteforskning/a20162.pdf>



## Appendiks

Differensieringsverktøyets spørsmål med poenggivning

1. Meklingen er begjært etter:
  - a. Ekteskapsloven (0 p)
  - b. Samboende ved brudd (0 p)
  - c. Barneloven (100 p)
  - d. Barneloven – tilbakesendt fra retten (0 p)
2. Har dere uenigheter om bosted, samvær og foreldreansvar?
  - a. Ja (50 p)
  - b. Av og til (25 p)
  - c. Nei (0 p)
3. Opplever du utfordringer og konflikt i foreldresamarbeidet nå?
  - a. Ja (50 p)
  - b. Av og til (25 p)
  - c. Nei (0 p)
4. Hvor lenge er det siden disse utfordringene oppstod?
  - a. Under 6 måneder siden (0 p)
  - b. Over 6 måneder siden (50 p)
5. Stoler du på den andre forelderen som forelder?
  - a. Ja (0 p)
  - b. Litt (25 p)
  - c. Nei (50 p)
6. Har dere tidligere vært i retten med barnefordelingssak?
  - a. Ja (100 p)
  - b. Nei (0 p)
7. Et spørsmål vi stiller til alle: Har du eller den andre forelderen problemer knyttet til rus eller vold?
  - a. Ja (1000 p)
  - b. Vet ikke (500 p)
  - c. Nei (0 p)
8. Er problemet med rus eller vold erkjent av den det gjelder, og blir det tatt hensyn til i planlegging av bosted og samvær for barnet?
  - a. Erkjent og tatt hensyn til (-500 p)
  - b. Erkjent, IKKE tatt hensyn til (0 p)
  - c. Ikke erkjent (0 p)

Løp tildeles etter poenggivning etter følgende terskelverdier:

500 poeng eller flere: Risikosak

200 poeng eller flere: C-løp

75 poeng eller flere: B-løp

Under 75 poeng: A-løp

**MÅLRETTET** Miriam Sinkerud Johnsen forsker på kvaliteten i barneavhør i Norge: – Målet er å øke avhørsmetodisk kvalitet i avhørene ved målrettet ferdighetstrening og systematisk feedback. Arkivfoto: Nora Skjerdingsstad



## Varierende kvalitet på barneavhør

Ny forskning har avdekket store variasjoner på kvaliteten i avhørspraksisen i politiet.

### TEKST

Øystein Helmikstøl

**-VISER** for mange tilfeller der barn i avhør ikke gis anledning til å fortelle åpent og med egne ord, og det er store variasjoner med tanke på hvordan avhørere følger opp barnas forklaringer.

Det forteller førsteamanuensis i psykologi Miriam Johnson til Psykologtidsskriftet. Sammen med førsteamanuensis Gunn Astrid Baugerud har Johnson etablert en forskningsgruppe innenfor anvendt rettspsykologi ved OsloMet. Gruppen gjennomfører et nasjonalt forskningsprosjekt som kartlegger kvalitet i barneavhør i Norge på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet. Prosjektet ble omtalt i 2018 som verdens største studie av barneavhør.

### ANALYSERER BARNEAVHØR

Forskerne skal levere ferdig prosjektrapport til departementet i 2022.

– Vi analyserer 550 avhør av førskolebarn og skal i gang med å analysere et tilsvarende antall avhør av skolebarn. Vi gjennomfører sekvensielle analyser av dialogen mellom barn og politietterforsker for å kartlegge ulike kvalitetsmarkører i avhørene i tråd med internasjonalt anerkjente analyseprinsipper. Vi kartlegger også effekten av visuelle hjelpemidler, hvordan barna avdekker vold/overgrep, og etterlevelse av den norske avhørsmodellen. Våre funn tilsier at det er store variasjoner i kvaliteten i avhørspraksisen i politiet, opplyser Johnson til Psykologtidsskriftet.

I det pågående forskningsprosjektet ser de også at selv små barn i 3–4-årsalderen ofte gjengir tydelige og detaljerte beskrivelser av konkrete hendelser de har opplevd, og at de også er motstandsdyktige mot suggestive spørsmål.

– Vi har undervurdert hva og hvor detaljert små barn kan fortelle, gitt de riktige betingelsene i avhør og avhørerens evne til å gjennomføre avhøret i tråd med anbefalt praksis, understreker Johnson.

### RETTSPSYKOLOGI: FÅ FORSKERE I NORGE

Hennes primærrområde er rettspsykologi. Barneavhørsprosjektet er også et rettspsykologisk fundert forskningsprosjekt, som handler om et av rettspsykologiens kjerneområder: barns troverdighet, pålitelighet og kompetanse som vitner i reelle straffesaker.

Få forskere i Norge har rettspsykologi som spesialfelt.

– Vi har hatt som primært siktemål å videreføre rettspsykologisk forskning til OsloMet og har etablert en egen forskningsgruppe på feltet, opplyser Johnson, som forteller at de samarbeider med Svein Magnussen og også har etablert forskningssamarbeid med andre etablerte forskere på feltet fra England, Australia og USA.

### FERDIGHETSTRENING MED BARNE-AVATAR

Lav avhørsmetodisk kvalitet i avhør av barn har ifølge Johnson blitt avdekket som en internasjonal utfordring og at det er behov for å tenke nytt og innovativt for å øke avhørsmetodiske ferdigheter.

Johnson opplyser at det store barneavhørsprosjektet blir ført videre i et pågående forskningsprosjekt der målet er å utvikle en dynamisk barneavatar basert på AI-teknologi for systematisk ferdighetstrening for politiettersforskere som skal avhøre barn.

– Målet er å øke avhørsmetodisk kvalitet i avhørene ved målrettet ferdighetstrening og systematisk feedback. ✕



**RETTSPSYKOLOGISK SAMARBEID** Førsteamanuensis Gunn Astrid Baugerud fra OsloMet (nummer tre fra venstre) og professor Martine Powell med kollegaer ved Centre for Investigative Interviewing ved Griffith University Australia. Foto: OsloMet

– Vi har undervurdert hva og hvor detaljert små barn kan fortelle

*Miriam Sinkerud Johnson, førsteamanuensis ved OsloMet*

## Barneavhørsprosjektet

- Formålet med prosjektet er å kartlegge kvaliteten i hvordan volds- og overgrepssatte barn avhøres av politiet
- Totalt vil forskerne analysere over 1000 saker.
- Gunn Astrid Baugerud og Miriam Johnson ved OsloMet leder prosjektet i samarbeid med forskere ved SimulaMet med ekspertise på AI-teknologi og forskere ved Center of Investigative Interviewing i Australia.
- Prosjektet finansieres av midler fra Forskningsrådets målrettede satsing på banebrytende forskning (FRIPRO).

I hvert nummer drøfter representanter fra Fagetisk råd (FER) i Norsk psykologforening en fagetisk problemstilling. Du kan sende fagetiske spørsmål til [etikk@psykologtidsskriftet.no](mailto:etikk@psykologtidsskriftet.no).

FOTO: STIAN SØRHEIM ESPEVOLL



**MARIA LØVVIK NORHEIM** er leder for Fagetisk råd i Norsk psykologforening og spesialist i barne- og ungdomspsykologi.

## *Jeg jobber i det offentlige og skal starte privat praksis. Jeg vil gjerne fortsette oppfølgingen med noen av pasientene der – men bør jeg det?*

**Mange psykologer opplever** at arbeidet i offentlige helsetjenester er krevende. Krav til rapportering og registrering, dårlig tid og ikke tilstrekkelige rammer for det de anser som god behandling, fører til en stressende arbeidssituasjon. I påvente av endringer velger noen psykologer å gå over til privat praksis.

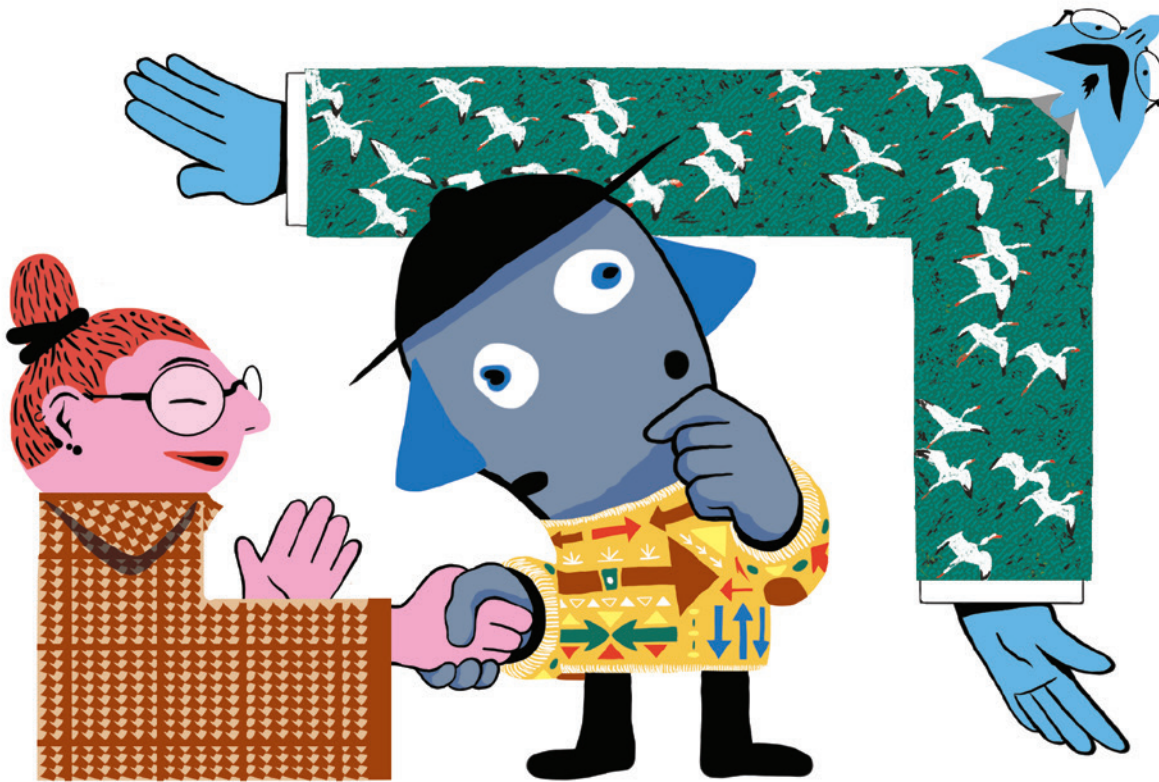
**Denne våren har** flere av dem tatt kontakt med fagetisk rådgivningstelefon. De lurer på hvordan de skal håndtere overgangen fra offentlig til privat praksis på en god fagetisk måte. Flere opplever fagetiske dilemma som oppstår hvis psykologen legger til rette for å fortsette behandlingsløp i egen privat praksis.

**Ønsket om å** fortsette kan komme fra både psykolog og pasient. De er i gang med noe som fungerer, og har etablert en god behandlingsallianse. Kanskje gir også den private praksisen andre rammer for oppfølgingen, og behandling på ettermiddags- og kveldstid blir mulig.

**Psykologen opplever gjerne** dilemma mellom de fagetiske prinsippene som beskriver ansvaret for kvalitet og kontinuitet på den ene siden, og profesjonalitet og mulig rollekonflikt på den andre. Hva veier tyngst – at pasienten opplever stabilitet, eller at det er ryddige forhold rundt en overføring som er «etter boka»? Hva skjer med kontinuiteten, og hvor god blir kvaliteten på behandlingen om behovene endres, og psykologen likevel ikke kan hjelpe? Vil psykologens motiv for overføring av behandling kunne forstås som gjort for egen vinning – nå eller senere?

**Andre ganger opplever** psykologen at pasienter gjerne vil «følge med» over i den nye arbeidssituasjonen, men psykologen er i tvil om det er lurt. Det kan være sprik i forventningen om oppfølgingen, og psykologen tenker at pasienten på lengre sikt kan bli skuffet. Psykologen kan lure på om pasientens ønske om å unngå brudd i relasjonen overskygger andre behandlingsbehov som det også er viktig å ta hensyn til. Skal psykologen vektlegge prinsippene om pasientens rett og evne til selvbestemmelse og autonomi, eller holde fast ved sin vurdering opp mot prinsippene om kompetanse og begrensninger i rammebetingelsene? Hva om rammebetingelsene viser seg å ikke være gode nok, eller pasientens økonomi utfordres når behandlingen ikke lenger er gratis?

**Psykologen vet at** det vil utgjøre en betydelig forskjell for pasienten å finansiere behandlingen selv. Om oppfølgingsbehovet viser seg å bli mer omfattende enn antatt, kan det hende at behandlingen må begrenses eller avsluttes på grunn av dårlig råd. Hva skjer da med kontinuiteten og kvaliteten man ønsket å beholde?



Enkelte har lurt på om de kan tilby pasienten en lavere pris for behandlingen. Men en slik løsning kan sette psykologen, som tross alt skal tjene til livets opphold, i en kinkig situasjon på lang sikt. Hva skjer med relasjonen når psykologen gir slik spesialbehandling – og hva skjer dersom psykologen etter en stund ser seg nødt til å be om ordinær takst? De fagetiske prinsippene beskriver at psykologer skal «vurdere nøye hvilke følger det kan få for den profesjonelle relasjonen dersom han/hun mottar gaver eller andre tjenester fra klienten». Det kan gjerne være verdt å tenke over hvordan den samme relasjonen påvirkes av at psykologen gir en slags gave til pasienten, i form av behandlingsrabatt.

**Det er lett** å forstå at psykologer opplever dilemmaene som er beskrevet over, som utfordrende, og at det er vanskelig å falle ned på et handlingsalternativ. Det er naturlig for oss som fagpersoner å ønske å legge til rette for kontinuitet og å respektere pasientenes ønsker og rett til å velge. Det kan føles feil å ikke etterkomme pasientens ønske om å fortsette behandlingen.

**Det er heller** ikke bare fagetikken som har betydning for valget psykologen til slutt må ta. Helsepersonelloven har bestemmelser knyttet til å sørge for forsvarlig behandling og til at helsehjelp ikke påfører pasienter unødige tap i tid eller penger. Arbeidsplasser kan ha egne bestemmer, avtaler eller retningslinjer som psykologen er forpliktet til å følge, og som kan begrense handlingsrommet. Å kjenne til slike føringer vil være til hjelp for psykologer som til slutt må ta et valg i situasjonen.

**Til de som** ringer fagetisk rådgivningstelefon og spør, blir rådet som regel at de heller bør sørge for en god overgang til sine kolleger i det offentlige fremfor å planlegge fortsatt oppfølging i egen privat praksis. Noen vil nok uansett oppleve at pasienten tar kontakt senere for å gjenoppta behandlingen. Om det skulle skje, bidrar det kanskje til et ryddighet i samarbeidet at psykologen har lagt til rette for at pasienten kan gjøre et selvstendig og informert valg om hvordan behandlingen skal være videre. ✕

”

Psykologen kan lure på om pasientens ønske om å unngå brudd i relasjonen overskygger andre behandlingsbehov

# Meninger



## DEBATT

# Lederskap er også å fantasere

Ledere som slutter å erfaringslære, risikerer å ende opp som søstrene til Askepott; som tapere med blodige føtter, til spott og spe.



**TEKST** Paul Moxnes, psykologspesialist, professor i organisasjonspsykologi, gjesteforsker, Psykologisk institutt, UiO

## LEDELSE

**I PSYKOLOGTIDSSKRIFTET** nr. 6 formidler psykolog Morten Skjørshammer 10 viktige erfaringspunkter fra sine tolv år som øverste leder av et stort sykehus. (Skjørshammer, 2021). De fleste punktene fremstilles som bud – pasienten først og sist, sykehus krever hybrid ledelse, konflikter må følges opp, sykehusledere må elske klinikk, mv. Dette er enkle heuristikker og strategier som kan tas i bruk for å øke sjansen til å løse en oppgave. For meg som sosialpsykolog er det imidlertid ett bud for ledere som står over alle andre, og som Skjørshammer ikke nevner – du må lære av erfaring, og helst fort. Veien til praktisk lederkunnskap er erfaringslæring. Det betyr å være nysgjerrig, observere, handle, få kjennskap til hvilke konsekvenser handlingen skaper, reflektere over det som har skjedd – og så handle på nytt. Beste læring ligger i egen praksis.

Det finnes hundrevis av bøker om hva som er god ledelse. Mange av dem inneholder nettopp heuristikker i form av «bud». De langt fleste er døgnfluer og dårlige. Nye tider og situasjoner krever at lederen må legge bort noe som i årevis har vært kjent og kjært. Derfor kan en leder aldri slutte å lære og, ikke minst, avlære. «Ledelse er alltid kontekst- og situasjonsbetinget», skriver Skjørshammer i sitt 4. bud, etter min mening det viktigste av hans ti punkter. Tider endres, lederstiler kommer og går, oppskrifter på ledelse opprinner og forsvinner, det ene buzz-ordet følger det andre. Ledelse er prosess. Hver dag er en ny og ukjent lederdag.

## «EVENTYRET ER JO SANT!»

Planlegge, organisere, utøve, koordinere og kontrollere; dette er de klassiske fem punktene om lederskap. Men lederskap er ikke bare dette. Lederskap er også å fantasere. Dette er psykologiens domene. Jeg er glad i fantasier og har skrevet mye om eventyr, slik Sigmund Karterud så riktig skriver i samme utgave av Psykologtidsskriftet (Karterud, 2021). Karterud er derimot «mer interessert i virkeligheten» (s. 524). Jeg er ikke så sikker på om eventyr og virkelighet er to ulike verdener. Mange forfattere finner visdom i eventyrene. «Eventyret er jo sant!» utbrøt en gang den svenske forfatteren Kerstin Ekman.

Eventyr er et godt verktøy til å forstå den verden vi lever i. De har allmenngyldige historier å fortelle; de forenkler alle situasjoner, de uttrykker skjulte lag i det ubevisste, og de reflekterer grunnleggende menneskelige forhold. Hadde det ikke vært slik, ville de neppe ha overlevd århundrene. En klassisk eventyrfortelling, eller en moderne animasjonsfilm, for den saks skyld, kan si mer om skurker og helter, feller og farer i ledelse enn mang en akademisk ledelsesbok. For meg speiler eventyr en psykologisk virkelighet.

Skurke- og helteroller, konge- og dronningroller finnes ikke bare i eventyr, de finnes også i de sosiale nettverk i organisasjoner (Moxnes & Moxnes, 2016). Hvilken eventyrrolle du og de rundt deg får i teamet eller organisasjonen (eller ekteskapet, for den saks skyld), er kon-



Noen blir konge, andre djevel



**LÆRE AV ERFARING** Det doble budskapet i eventyret – kom deg ut i virkeligheten og lær av den – er kjernen i god ledelse. Stemoren og stesøstrene til Askepott lærte minst og tapte mest. Foto: Jeff Christiansen / Flickr.com (Creative commons).

tekst- og situasjonsbetinget (Skjørshammers 4. bud igjen). Noen blir konge, andre djevel; noen blir prinsesse, andre hore; noen blir helt, andre blir opplevd som taper og klovn. Det er som regel lett å finne eksempler på eventyrroller i egen organisasjon. Min påstand er at de viktigste finnes i et begrenset antall. Jeg har kalt dem dyproller (Moxnes, 2013).

Det er ikke det komiske eller tragiske, men det episke eventyret – det som handler om helten – vi kan lære mest om ledelse av. Den vordende helt (av begge kjønn) drar ut i verden, lærer seg å mestre medgang og motgang, oppgaver og følelser, storfolk og tusseladder, både overjordiske og underjordiske. Slik er også lederskapet. Stadig erfaringslæring er krumtappen i lederens reise. Den leder som slutter å erfaringslære, vil ende opp som brødrene Per og Pål – eller som de to ulykkelige søstrene til Askepott. De når ikke sine mål, de ender som tapere, med blodige føtter, til spott og spe.

### KOM DEG UT I VIRKELIGHETEN!

Det doble budskapet i eventyret – kom deg ut i virkeligheten og lær av den – er kjernen i god ledelse (som i gode ekteskap). I akademiske bøker om lederskap kalles denne læringsprosessen «reflection-in-action», se hva du gjør mens du gjør det. Det er bare i det selvobser-

verende øyeblikk, i det oppmerksomme nærværet – og bare da – du har mulighet til å ta kontroll over situasjonen – og dermed din egen fremtid. Det er bare i disse øyeblikkene du selv har mulighet til å skrive historien, ikke bare bli en konsekvens av den. *Reflection-in-action* er et svært nyttig begrep for ledere som skal lykkes i liv og arbeid. Det hører vi på nytt og på nytt av deltakerne på våre lederkurs – like nyttig som den utgatte skosålen og den døde kråka var for Askeladden på vei til slottet for å målbinde prinsessa. Takket være at han plukker opp det han erfarer langs veien og legger det i skreppa si, greier han å løse oppgaven han får. Dette er den eldgamle visdommen i folkeeventyret.

Eventyr er potensielt kraftige verktøy for å kommunisere menneskelige verdier, samspill, personlighetsegenskaper og mye mer. Selv har jeg i årevis brukt eventyr som et virksomt middel i lederopplæring både ved BI og AFF ved NHH. Skal jeg formulere ett erfaringspunkt, må det bli: Først i eventyret. Så i virkeligheten. ✕

### REFERANSER

- Skjørshammer, M. (2021) Psykologen som hybrid leder. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(6), 478–483
- Karterud, S. (2021). Vi må tåle litt temperatur i den offentlige debatten. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(6), 524.
- Moxnes, P. & Moxnes, A. (2016). Are we sucked into fairy tale roles? Role archetypes in imagination and organization. *Organization Studies*, 37(10), 1519–1539.
- Moxnes, P. (2013). Organisasjonsmytologi. Eventyrroller i det mellommenneskelige samspillet. Universitetsforlaget.





# Jeg var en omnipotent ISTDP-terapeut

Som ISTDP-terapeut følte jeg på en stor grad av omnipotens. Jeg jobbet hardt for å lære meg teknikken og trodde jeg fikk en bedre forståelse for andre. Vred pasienten seg i stolen, tolket jeg det som motstand.\*

**JEG KAN FORTSATT** huske min nervøsitet fra de første terapitimene som nyutdannet. Hva skulle jeg si og gjøre? Hvordan kunne jeg svare på tårer, på intense spørsmål og sinte savn? Jeg opplevde å få svar under et seminar i 2008. Foredragsholderen Jon Frederickson viste videomateriale av en terapi, stanset ofte videoen, forklarte på tavla, gjorde det abstrakte konkret og observerbart. Jeg så angsten, jeg så følelsen hos pasienten. Det var en sterk opplevelse av å endelig begripe noe mer, som å finne et kart som kunne legges oppå det ulendte og uoversiktlige terrenget jeg befant meg i. Intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP) het metoden, og hadde verktøy som virket svært potente. I løpet av seminaret så jeg hvordan en pasient endret kurs. Det var fantastisk å se og ga meg tro på at jeg kunne lære meg en metode som virkelig ville gjøre en forskjell. I 2009 ble Norsk forening for intensiv dynamisk korttidsterapi dannet og har siden den gang tilbudt treårig videreutdanning. Jeg priste meg lykkelig for å kunne være en av de tolv første elevene.

Det finnes rikelig med forskning på evidensbaserte og manualbaserte metoder og deres

effekt. Hvordan metodene påvirker terapeutene, er et mindre utforsket område. Jeg ønsker å fortelle hva det gjorde med meg som terapeut å falle for – og følge – en metode.

## TYDELIGE TEGN OG SVAR

Da jeg startet på videreutdanningen, forsynte jeg meg grådig av ISTDP-litteratur med masse terapitranskripsjoner fra ulike terapeuter. Jeg opplevde en terapeutrolle som var svært aktiv og direkte overfor pasienten, de virket så bestemte og sikre. Ethvert utsagn fra pasienten kunne kodes, og terapeuten kunne intervenere deretter. Alt passet inn i modellen, alle symptomer og uttrykk kunne forstås. Det gjorde meg godt. Det virket forlokkende på meg å være direkte og styre prosessen (les: pasienten) slik jeg leste at ISTDP-terapeutene gjorde. Det vil ikke si at jeg som terapeut plutselig visste svaret på alt jeg kunne gjøre, *men* det kjentes mulig. Det var innenfor rekkevidde bare jeg fikk øvd meg nok, fått teknikken godt nok inn, så ville jeg bli en virkelig god terapeut.

I terapirommet begynte jeg å ta styringen. Det fikk meg antageligvis til å virke som en sikrere terapeut. Jeg tenkte det var godt for pasien-



**TEKST** Ingeborg S. Lishaugen, psykologspesialist

**ILLUSTRASJON**  
Hilde Thomsen

ISTDP

.....  
\* Denne kronikken er en omskriving av Lishaugens spesialistoppgave i klinisk voksenpsykologi fra 2015: «Hva gjør det med terapeuten å bruke en manualbasert terapi? Mitt dilemma: å følge malen eller magen».



Jeg har følt meg skamfull for å ha hatt på meg keiserens nye klær, men vil at flere skal høre om erfaringene

tene å oppleve en som tydelig visste hva hun snakket om. Intervensjoner jeg ofte brukte, var bygd opp slik: «Her ser vi hvordan du kjenner på sinne, så blir du umiddelbart vag, generell, skifter tema, så ser vi hvordan du later som du ikke har noe sinne overfor ham som gjorde dette mot deg. Kan du se det?» Jeg kunne forklare hva som hadde gått galt, og hvordan følelser, angst og forsvar hang sammen. Det var å tilby «min» intellektualisering. Det følte ufattelig deilig å ha grepet angsten rett foran nesen på pasienten eller å ha undersøkt viljen til endring hos ham, som med intervensjon: «Vil du virkelig endre deg?» Jeg tror jeg virket overbevisende i min iver etter å hjelpe, og jeg trodde i lang tid at dette var bra for pasientene. Mange pasienter sa ingenting negativt om min nye terapeutstil, men jeg kan huske én sa noe å la: «Det er som du vil ha meg inn i et mønster som ikke passer.» Jeg tolket det som uttrykk for hans enorme forsvar.

Jeg ble eksperten, og det ga meg følelsen av å ha kontroll. Jeg kjente på skråriskerheten terapimetoden ga meg. Jeg følte meg høyt oppe, og det kjentes så bra å ha oversikt og en viten jeg lenge hadde lengtet etter.

#### VEILEDERE OG TERAPIERFARING

Under videreutdanningen hadde vi fire samlinger i året med tre veiledere fra utlandet. En god del av undervisningen besto i å se video av veiledernes terapier. Det virket som veilederne uten å nøle holdt sine pasienter fast til de følte og så det veilederne syntes å vite, det så så riktig ut. Vi i utdanningsgruppen tok opp egne terapier som vi så på sammen. En video kunne bli stoppet etter under ett minutt, og veilederen kunne fortelle hva han så, forklare hvordan vi burde gå frem videre. Vi hadde også rollespill sammen med veilederne. Jeg beundret deres evne til «se» det ubevisste, til å vite, til å handle. Jeg opplevde det som en lettelse at alt kunne forklares og settes inn i teoretiske begreper og i rammen: følelse, angst eller forsvar.

Jeg gikk selv i terapi hos en ISTDP-terapeut. Der og da tenkte jeg at det var bra at terapeuten var hard mot meg. Terapien var i høy grad intellektualiserende og terapeuten uttrykte kjente intervensjoner som: «How long are you gonna treat yourself that way?». Jeg var gjennom alle de riktige stegene ifølge metoden, og etter egenerapien hadde jeg en forklaring på hvordan jeg fungerte, men også dårlig samvittighet og skyldfølelse over å være meg.

I tillegg deltok jeg på mange seminarer og internasjonale konferanser, og leste bare ISTDP-litteratur. Det var lite annet som interesserte meg. Jeg hadde funnet metoden som kunne oppfylle mine ambisjoner om å bli en dyktig og sikker terapeut. En av veilederne, Alan Abbass, har påpekt at idealisering og devaluering kan oppstå i ulike psykoterapiutdanninger. Han hevder at å lære ISTDP vanligvis resulterer i signifikante forandringer i terapeuten: «... improved self-awareness, increased humility, less feelings of omnipotence, improved technical confidence and a better understanding of others» (2004, s. 47). Jeg trodde jeg endret meg i den retning. Jeg følte en stor grad av omnipotens. Jeg jobbet hardt for å få teknikken inn, og trodde jeg fikk en bedre forståelse av andre. Om pasienter vred seg i stolen, så jeg pasientene som fylt av motstand. Om andre kollegaer mente at metoden virket manipulerende og voldsom, kunne jeg forklare det med at kollegaene var i forsvar mot sterk affekt. Jeg klarte ikke å se at det egentlig gjaldt meg selv. Jeg hørte om terapeuter som hadde hoppet av metoden, og at det ble forklart med at de ikke tålte følelser og hadde forsvar som gjorde det vanskelig for dem å bli ISTDP-terapeuter.

#### DEBATT OM ISTDP

##### Tidligere innlegg:

**Nr. 08 - 2021** Faren ved tolkende intervensjoner (Heidi Gjerde)

**Nr. 07 - 2021** Bekymringsmelding om ISTDP mottatt (Filip Myhre)

**Nr. 06 - 2021** Ett år med ISTDP - en bekymringsmelding (Camilla Bärthel Flaaten)

Abbass peker på at ISTDP ofte feilaktig blir undervist som idealterapien. Men utdanningen og seminarene jeg deltok på, virket slik på meg. Veilederne gjorde verken ambisjonene eller troen på metoden noe mindre. Deres visning av egne terapivideoer, forklaringer på våre videoer og forslag til intervensjoner dempet ei forventningene. Jeg var frelst. Jeg skal heller ikke underslå hvor godt jeg syntes det var å tilhøre et nytt fagmiljø som hadde kontakter med internasjonale «stjerner», her lå det muligheter for å gjøre det stort, om ikke i Japan, så i Norge. Jeg fikk litt stjernestøv på meg, og formidlet det glade budskap videre.

### TVILEN OG FALLET

Etter hvert fikk jeg mer og mer vansker med å følge manualen. Jeg hadde problemer med å holde press på følelser, vende pasientene mot forsvarerne sine, liste opp for dem hva jeg så, stille innøvde spørsmål. Hva var det som skjedde med meg som terapeut? Jeg hadde fortsatt tro på metoden, ville fortsette, men jeg slet. Nå måtte jeg tvilen i meg selv, og det var svært ubehagelig. Jeg forsøkte å holde den unna.

Jeg opplevde ikke pasientene som misfornøyde, men allikevel kom følelsen av at noe var skrekkelig galt. De tidligere kraftige intervensjonene virket som tomme replikker. Jeg klamret meg fast til idealet, dro på sommerskole, håpte på nye gnister mens tvilen murret i magen. Videoene fra internasjonale veiledere ga ikke lenger aha-opplevelser og inspirasjon, snarere var de som før til tvilen. Jeg mislikte det jeg så. Der jeg før hadde sett gode manøvreringer i terapirommet, så jeg manipulasjon og alt annet enn åpenhet for mennesket. Jeg oppdaget plutselig stjerneskinnet i andre seminardeltageres øyne. Det fikk frem et voldsomt, men stille ubehag hos meg selv. Slik hadde jeg selv sett ut!

Parallelt med videreutdanningen hadde jeg jevnlig gått hos en erfaren veileder som ikke var «inni» metoden. Da jeg selv var frelst, tenkte jeg at han virkelig ikke hadde forstått noe, jeg hadde oppdaget den terapimetoden som funket. Jeg er i ettertid svært takknemlig for veiledning hos ham. Da tvilen ikke ville gi seg, fikk den rom her, og jeg fikk bedre satt ord på ubehaget. Overgangen, eller snarere fallet, var stort. Jeg følte meg naken og på bar bakke igjen. Etter hvert kunne jeg reflektere over det som skjedde i terapirommet og med meg selv

i terapeutrollen. Ett gjentakende tema ble hvor jeg henter ideene mine ifra når jeg står overfor noe. Hvis de ikke ble hentet fra manualen, hvor skulle de da komme ifra? Mitt dilemma ble om jeg skulle fortsette å følge malen eller begynne å følge magen.

### Å IKKE VITE

Jeg oppdaget forskjellen på når jeg som terapeut lener meg mot noe konkret, som en spesiell intervensjon, og når jeg søker mer innover i meg selv og *våger å ikke vite*. Det ble en helt annen måte å reflektere over samspillet i terapirommet på og en annen måte å være på i det samme rommet. Hallgrímsson skriver om terapeutens møte med pasientens uttrykk: «If he tries to meet the message, primarily from the theoretical viewpoint, he shuts out his most valuable instrument» (1994, s. 425).

Med metoden hadde jeg fordrevet usikkerhet og undring. Hva slags terapeut ble jeg? Hva slags rom skapte jeg? Jeg hadde laget et svært trangt rom, et rom fylt mer av *terapeutens* teorier enn pasientens opplevelser, følelser og tanker. Å undre seg sammen, være usikker, la det stå åpent, *det* rommet var fordrevet. Per Are Løkke (2014, s. 130) skriver det slik: «Når metodene blir mer evidensbaserte, manualiserte og symptomorienterte, forandrer også terapeutrollen seg. [...] ...det er en svært aktiv, strukturerende og inngripende terapeut. Terapeuten har blitt en symptomekspert. Er vi her vitne til en avvikling av terapeutens lytte- og mottagerfunksjon?» spør han. Jeg leser Akiyah A. Ottesens kronikk i februarutgaven som et bekreftende svar.

Ekeland (2014) mener at den autonome profesjonsutøveren er en som kan bruke skjønn, men at skjønn forutsetter autonomi, og at autonomi er under press. «Motpolen til den autonome profesjonsutøveren er teknikeren, ein som set i verk ein regelstyrt praksis kontrollert av andre» (2014, s. 218), skriver han. I ettertid kan jeg beskrive meg som en tekniker, og jeg vil understreke at jeg opplevde meg som høyst profesjonell. Det var som om jeg håndterte pasientene på armlengdes avstand, som om jeg utøvde behandling på linje med kirurgi. Jeg vil hevde at å bruke en manual gjør det lett å behandle den andre som et objekt – til tross for gode intervensjoner fra terapeutens side. Det er vondt å tenke på hvordan pasientene hadde det i møte med meg.





Abbass peker på at ISTDP ofte feilaktig blir undervist som ideal-terapien. Men utdanningen og seminarene jeg deltok på, virket slik på meg

### KEISERENS NYE KLÆR

Kan terapeuten være profesjonell hvis hun ikke tar i bruk standardiserte metoder? Hvis hun bevarer sin autonomi, sin egen stemme, er hun da en god terapeut? Jeg tror terapeuter som ikke bruker evidensbaserte metoder og manualer, kan bli mistenkeliggjort. Mistenkeliggjort som profesjonsutøvere som ikke tilbyr pasientene best mulig behandling. Jeg hadde i utgangspunktet valgt metoden for nettopp å tilby pasientene det beste, jeg tror jeg tilbød dem noe helt annet. En kan spørre seg hva det gjør med terapeuter å bli spurt «hvilken metode kan du?». Jeg tror at det å prøve seg frem, som Jan Smedslund skriver i et debattinnlegg i juni-utgaven, kan være vanskeligere å argumentere for enn det vi vil ha det til.

Og hvorfor falle for en metode? Kanskje falt jeg fordi jeg lengtet etter et kart i det uoversiktlige terapiterrenget, at jeg strevde med å holde ut i smerteuttrykk, nyanser, kompleksitet, usikkerhet, og det flytende både i og mellom meg og pasientene? Nå tror jeg at det er egentlig det vi trenger å få opplæring i. Å tåle å ikke vite, ikke ha svar. Og jeg tror vi trenger det mer enn noen gang på grunn av presset på å hjelpe pasientene på kortest mulig tid med «effektive» metoder. ISTDP er en av mange korttidsterapimodeller med noen fellestrekk: aktiv, styrende terapeut, terapien skal gjennom ulike trinn, terapeuten byr på psykoedukasjon, hun er eksperten som definerer symptomene/uttrykkene pasienten har, og kan forklare dem. I augustutgaven spør Heidi Gjerde om det er spesifikke faktorer ved ISTDP som innebærer økt risiko for å bli for tolkende og selvbebreftende. Ut fra min erfaring er den risikoen absolutt til stede.

Jeg håper det kommer flere erfaringer med metoden som kan tas imot og lyttes til. Jeg ønsker at vi kan løfte opp erfaringer fra terapeutstolene, og fra kollegaene som ikke er «inni» metoden. Jeg tenker tilbake på hvordan jeg var som terapeut og kollega; ikke mye lydhør for andres perspektiver og innspill. Jeg opplevde meg som en del av et «oss» mot «dem», der oss var vi som hadde «fasiten». Hadde pasientene bare fått ISTDP, så ville det ordnet seg.

I min søken etter å skulle være til hjelp mistet jeg både den andre og meg selv av syne. Nå er det heldigvis mange som ikke stuper inn i idealisering slik jeg gjorde. Andre kan ha et mer nøkternt forhold til en ny metode fra begynnelsen av, og se den som en teknikk blant flere. Men jeg vil påstå at metoden ISTDP lett stimulerer til idealisering, til at terapeuten blir en som vet, en autoritet. Jeg tror også at ferske psykologer lettere kan bli overbevist om en metodes effektivitet, det å falle for idealer er lettere som ung. Så tror jeg allikevel at det ikke er lett å være en erfaren terapeut i møte med «småfrelste» – eller storfrelste kollegaer som jeg selv var.

Det var min reise. Det har vært smertefullt å ta innover meg hvordan jeg har møtt mennesker som søkte hjelp. Jeg har følt meg skamfull for å ha hatt på meg keiserens nye klær, men vil at flere skal høre om erfaringene. Klokketro er skumle greier. I vår tid handler det om å kartlegge, avdekke og avklare usikkerhet og undring. De spesialiserte metodene blir flere, med copyright bak og svar på psykens krøll og trådnøster. Det er som om vi skal finne raske løsninger på smertefulle erfaringer. Å tillate seg å møte den andre med ikke-vite kan virke som en underlig posisjon i disse tider. ✕

### INVITERT TIL Å SVARE

Dr. Allan Abbass, nestor i ISTDP, har fått oversendt de tre første innleggene i ISTDP-debatten med mulighet for tilsvare.

### REFERANSER

- Abbass, A. (2004). Idealization and devaluation as barriers to psychotherapy learning. *AD HOC Bulletin of Short-term Dynamic Psychotherapy*, 8, 46–55.
- Ekeland, T.-J. (2014). Frå objekt til subjekt – og tilbake? Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring. *Tidsskrift for Psykisk helsearbeid*, 11, 211–220.
- Halgrímsson, O. (1994). «Forgotten» theory. *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 3, 407–428.
- Løkke, P. A. (2014). Når depresjon blir et nasjonalt problem. En kritikk av retningslinjeideologien. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(2), 122–131.

# Fagplanen er ingen lærebok

Det blir feil å lese fagplanen for psykisk helse og rus i helse Sør-Øst som en lærebok.

**I EN ARTIKKEL** i Psykologtidsskriftets august-utgave kritiserer Jan Sunder Halvorsen den nye fagplanen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Sør-Øst. Halvorsen mener planen ikke tar inn over seg kompleksiteten i forståelsen av rusavhengighet og viser til at planen ikke spesifikt nevner utviklingstraumer, omsorgssvikt eller familieperspektivet når det gjelder rusavhengighet.

## SEKS INNSATSOMRÅDER

Den nye fagplanen er utformet i tett dialog med fagmiljøene og brukere i regionen, og den har vært på innspillsrunde hos helseforetak, sykehus og private virksomheter. Planen peker på seks innsatsområder:

1. Behandling av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer hos barn og unge
2. Forebygging av selvmord
3. Redusert og riktig bruk av tvang
4. Oppfølging av pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse
5. Alkohol og helse
6. Oppfølging ved utviklingsforstyrrelser

De seks områdene er valgt fordi Helse Sør-Øst RHF og fagmiljøene ser at det innenfor disse områdene er behov for særskilt oppmerksomhet. Planen peker på at det er en underdiagnostikk av psykiske lidelser ved rusrelaterte lidelser. Planen fastslår videre: «Unge som har utviklet et rusmiddelproblem vil ofte ha problemer som er komplekse og sammensatte, og som for mange vil vare ut over 18-årsalder.» Det er ikke slik at områder eller tilstander som ikke er nevnt, ikke er viktige. Det er ikke slik at det regionale helseforetaket ikke ser betydningen av utviklingstraumer, omsorgssvikt eller familieperspektivet selv om det ikke er eksplisitt nevnt.

## OVERORDNET FAGPLAN - IKKE LÆREBOK

Planen kunne ha nevnt utviklingstraumer og ulike typer omsorgssvikt spesifikt. Det blir imidlertid feil hvis man leser en slik fagplan som om det var en lærebok. Fagplanen er utformet som et kort og overordnet strategisk dokument som har til hensikt å beskrive tiltak som kan bidra til å styrke deler av tjenestetilbudet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det har ikke vært en ambisjon å omtale alle diagnoser, komorbide tilstander eller årsakssammenhenger.

I oppfølgingen av planen ser vi frem til gode diskusjoner om innholdet i tjenestetilbudet og betydningen av ulike tilnærminger til behandling. I denne dialogen er helseforetak, private avtaleparter, avtalespesialister, brukere og andre velkommen. ✕

## REFERANSE

Helse Sør-Øst RHF (2021). *Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2021/0422/041-2021%20Vedlegg%20-%20Regional%20fagplan%20for%20psykisk%20helsevern%20og%20tverrfaglig%20spesialisert%20rusbehandling.pdf>

## DEBATT OM RUSBEHANDLING

Tidligere innlegg:

**Nr. 08 - 2021** Helse Sør-Øst svikter rusavhengige (Jan Sunder Halvorsen)



**TEKST** Cecilie Skule, avdelingsdirektør psykisk helsevern og rusbehandling, medisin og helsefag, Helse Sør-Øst RHF.

## RUSBEHANDLING



Det har ikke vært en ambisjon å omtale alle diagnoser, komorbide tilstander eller årsakssammenhenger

# Nødvendig med utbedring av tilbud til ME-syke

Det er på tide at vi går i dialog med pasienter for å utbedre tilbudet til ME-syke.



**TEKST** Grete Lilledalen, psykologspesialist og pårørende til ME-pasient

ME

**NINA ANDRESEN SKRIVER** i en kommentar til mitt innlegg «Kunnskapsbasert praksis i møte med ME», som stod i juniutgaven, at en biologisk tilnærming til ME er mer enn medisiner. Hun beskriver utfordringer ved medisinske tilnærminger gjennom å referere til pilleavhengighet i forbindelse med smerte og søvnløshet.

Andresen skriver videre at vi har rehabiliteringssentre og mestringskurs for ME-syke. Det har hun rett i. Like fullt vitner pasienterfaringer og tilfriskningsprosent om at tilbudet ikke er tilstrekkelig. I en undersøkelse om rehabiliteringsopphold for ME-syke (Schei, 2018) sier 80 prosent av deltagerne at de ikke ble bedre. I en undersøkelse med 5822 respondenter (Schei, 2020) opplevde 50 prosent flere enn de som opplevde forbedring, at møtet med helsevesenet førte til forverring. Feil råd tidlig i forløpet, sen diagnose og ikke å bli trodd var blant årsakene. Det finnes kompetent medisinsk personell på ME også i Norge. Men resultatene vitner om at tilbudet på generell basis ikke møter pasientenes behov. De nasjonale anbefalingene Andresen viser til, treffer ikke så bredt som vi kunne ønske.

En kjent ME-forsker har funnet at lidelsesstrykk hos ME-syke blir større av å møte skepsis og bagatellisering i Helsevesenet (Komaroff, 2021). Artikkelen illustrerer at mange ikke er klar over MEs komplekse multisystemiske etiologi. Komaroff viser til lite utbredt kunnskap om inflammasjon i CNS, dysregulert autonomt

NS, affisert immunapparat og mikrobiota og redusert energimetabolisme. Det er forståelse for og konsekvenser av denne kunnskapen jeg etterspør. Ikke i stedet for psykologisk ivaretagelse. Ikke som erstatning for trening for de som kan. Men som et nødvendig og overmodent supplement.

Andresen beskriver forekomst av placebo i ME-pasientpopulasjonen. Alle pasienter opplever placeboeffekt. Hawthorne-effekten viser at å bli sett gjør noe med oss. Det som skiller ME-syke fra andre, er at intervensjoner som å presse seg utover tåleevne kan gi forverring som aldri går over.

I boka *Våre liv, våre stemmer* (Jelstad, 2020) møter vi pasienter som har ligget i tiår i mørke rom uten hjelp, foreldre som meldes til barnevernet fordi funksjonsfall attribueres til omsorgssvikt, og pasienter med store smerter som ikke får smertelindring. Boka forsterker inntrykket av at dagens tilbud primært retter seg mot de som er friske nok til rehabilitering og kurs, og at kunnskap om aktivitetsavpasning er hjelpsomt – men ikke nok.

De som blir arbeidsføre av pacing, eller friske av diett, terapi og trening, har tilbud i dag. De som ikke blir bedre, har ikke et tilbud. Individuelt tilpassede forløp, implementering av ny kunnskap, og skille mellom pasienter med og uten PEM er nødvendig.

Gitt stor diskrepans i respons på behandling, finnes flere fenotypiske varianter og kanskje

ulike sykdomstilstander i ME-populasjonen. Fluge og kollegaer (Fluge, 2021) skisserer studiedesign for behandling med utgangspunkt i nye fysiopatologiske funn. Slike studier bør nå prioriteres. Mitt håp er at vi tar imot tilbakemeldinger, går i dialog med pasienter og sammen utbedrer tilbudet. ✕

## REFERANSER

- Jelstad, J. (2020). *Våre liv, våre stemmer*. Press forlag.
- Komaroff, A. L. (2021, 17. juli). Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: When suffering is Multiplied. *Healthcare*, 9, 919.
- Schei, T., Angelsen, A. (2018). ME-pasienters erfaring med rehabiliteringsopphold. Norges Myalgisk Encefalopatiforening.
- Schei, T., Angelsen, A. (2020). Hva er typiske forløp, og hva forverrer eller forbedrer forløpet? Norges Myalgiske Encefalopatiforening.
- Fluge, Ø. Tronstad, K. J., Mella, O. (2021). Pathomechanisms and possible interventions in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS). *The Journal of Clinical Investigation*, 131(14):e15037. <https://doi.org/10.1172/JCI150377>.

*Med dette innlegget setter vi i denne omgang punktum for ME-debatten i Psykologtidsskriftet. Red.*

## DEBATT OM ME

### Tidligere innlegg:

- Nr. 07 - 2021** Mer enn biomedisin og legemidler (Nina Andresen)
- Nr. 06 - 2021** Kunnskapsbasert praksis i møte med ME (Grete Lilledalen)
- Nr. 05 - 2021** Fraråder ikke psykologhjelp (Nina E. Steinkopf)
- Nr. 04 - 2021** Psykiatrien ingen katastrofe for ME-pasienter (Ruth-Anne Tomtum Kleve)
- Nr. 03 - 2021** Replik fra Helsedirektoratet (Morten Græslø)
- Nr. 02 - 2021** Bør legge utdaterte råd på hylla (Nina E. Steinkopf)

## Debattert

# Psykologer vurderer nytten av sosionomer

«Det kan ikke forventes at psykologene i tillegg til sitt terapeutiske arbeid også skal ivareta den sosialfaglige innsatsen i møte med pasienter med sammensatte og komplekse utfordringer». Det skrev FOs Mimmi Kvisvik og Hanne Glemmestad i en kommentar til augustutgavens rapport om å tematisere privatøkonomi på psykologkontoret. (Les innlegget på psykologtidsskriftet.no). Her fra kommentarene i FB-gruppa Psykologer:

**Forvillelse:** Her kan det se ut til at sosionomene frykter for at psykologene skal trække i deres bed. Hva da med alle sosionomene som har forvillet seg inn i det terapeutiske rommet..?

*Rudi Myrvang*

**Sosionomvitenskap:** Det sier seg selv at for å kunne håndtere sammensatte og komplekse sosialfaglige utfordringer, så er det nødvendig å ha en doktorgrad i sosionomvitenskap.

*Lars M. Rimhol*

**Behandlerpress:** Veldig nyttig med sosionomer på DPS allmennpol har vi erfaring med. Med tanke på økonomi, bolig og NAV. Utfordringen er at flere sosionomer betyr færre psykologer/leger (når det ofte ikke kommer ekstra ressurser) som betyr mer press per behandler. Så alle gode ting fører ofte noe negativt med seg.

*Anders Krabbe Hjort*

**Nok fattigdom:** Det er vel ikke noen som frykter at sosionomer overtar terapirommet og fordriver psykologer. Det er stor psykologmangel i Norge. Det er uheldig og fattigdom nok til alle! (...) Noen ganger kan psykologer fremstå noe omnipotente, respektløse og trollete. Mer tverrfaglighet, nysgjerrighet og respekt tenker jeg er viktig. (...)

*Trude Senneseth*

**Respekt:** Full respekt for sosionomene. Samtidig må absolutt psykologer kunne forholde seg til pasientens livsbetingelser; personlig økonomi, arbeids-situasjon mm. Her tror jeg det noen ganger skorter (...)

*Rudi Myrvang*

**Gull verdt:** Ja til flere sosionomer. (...) ..hvis det er økonomi- og boligproblemer som skaper bekymringer og nedstemthet, ja da løser sosionomer mye raskere opp i det enn meg. De har også stort sett mye bedre kompetanse på alle de offentlige aktørene enn det jeg har, så de gjør ofte en bedre jobb i å koordinere samhandlingen. De kliniske sosionomer er og gull verdt, da de er et særskilt godt bindeledd mellom disse feltene.

*Pål Halle*

**De beste:** Noen av de aller beste terapeutene og behandlerne jeg har møtt er sosialfaglig utdannet, og pluss på med spesialiseringer av ymse slag.

*Andrea Melø*



**TILPASSET** Kanskje er man mer enige enn man tror om hva optimal behandling er, skriver Jan Ivar Røssberg, der både minste passende dose medisiner og psykososiale tiltak har sin plass. Ved eldrehjemmet Minerva i Sverige bruker de terapihestene Asco og Bibbi i behandlingen. Foto: Stefan Mattsson / Aftonbladet / NTB Scanpix

## Optimal behandling må bygge på tillit

En debatt om hva behandling av psykiske lidelser *ikke* skal inneholde, bidrar ikke til bedre behandling og bygger ikke tillit mellom behandler og pasient.



**TEKST** Jan Ivar Røssberg, professor og overlege, Universitetet i Oslo

**MEDISINFRI  
BEHANDLING**

**I SITT INNLEGG** om medisinfri behandling i Psykologtidsskriftets augustutgave kommenterer Anders Skuterud (Skuterud, 2021) dessverre ikke de problematiske aspektene ved innføringen av medisinfrie tiltak som jeg beskriver i tidsskriftets julinummer. Skuterud er forbausset over at diskusjonen om medisinfrie tiltak har unnlatt å drøfte pasientenes opplevelser av behandlingen, og at de ønsker mindre fokus på medisiner og mer på psykososiale tilnærminger.

Det er imidlertid ikke riktig at pasientens opplevelser ikke har vært en del av diskusjonen. I et debattinnlegg jeg skrev i Aftenposten

allerede 16. juni 2016 (Røssberg, 2016), formulerte jeg det selv slik: «Innspillet (fra brukerforeningene) viser at det i dagens behandling av psykiske lidelser legges for lite vekt på psykososiale tiltak (for eksempel samtalerapi) og for mye vekt på medikamenter.» Det er nesten identisk med hvordan Skuterud selv uttrykker seg.

### **POLARISERING**

Dessverre forsvant dette aspektet delvis fra debatten. Man startet isteden diskusjoner om effekten av psykofarmaka, tvang, autonomi, den medisinske modellen og paternalisme.



Dette illustrerer bare hvor ullent dette begrepet er, og hvor vanskelig det er å ha en meningsfull debatt når temaene hele tiden endres og ser ut til å omfatte alle aspekter ved psykisk helsevern.

Som Skuterud ønsker jeg mer forskning på psykososiale tiltak for personer med alvorlige psykiske lidelser. Mye god psykososial forskning har imidlertid blitt utført de siste 20–30 årene: tidlig intervensjon, miljøterapi, samtalerapi, FACT intervensjoner, familiararbeid og jobbmestrende tiltak. Det er verdt å merke seg at det er de som har forsket mest på disse psykososiale tiltakene ved alvorlige psykiske lidelser, som også har vært mest skeptiske til innføringen av medisinfrie tiltak. Årsaken er sannsynligvis at de har satt seg inn i tidligere forskning på psykososiale tiltak og sett hvordan en polarisering av behandlingsmetoder verken har bidratt til mer forskning på psykososiale metoder eller til mer optimal behandling av alvorlige psykiske lidelser. Tvert imot.

### INGEN GOD STRATEGI

Det forundrer meg hvordan Skuterud selektivt, ensidig og negativt beskriver forskningen på medisiner. Det er veldig lett og fristende å rakke ned på etablerte behandlingsmetoder for å fremme nye behandlingstilnærminger som man selv har tro på. Det har aldri vist seg å være noen god strategi. Nye behandlingsmetoder må selv vise at de har livets rett, gjennom systematisk kunnskapsinnhenting.

Heldigvis er ikke psykisk helsevern så helsvart som man kan få inntrykk av ved å lese innlegget til Skuterud. De fleste som oppsøker psykisk helsevern, har heldigvis fortsatt stor tillit til behandlingen de mottar (Horn et al., 2007). Mer enn 50 prosent av pasientene som oppsøker spesialisthelsetjenesten, får allerede et medisinfritt tilbud. De fleste som mottar medikamenter, synes også å være fornøyde (Haahr et al., 2012).

Jeg tror ikke denne debatten om alt og ingenting (og med et begrep som i seg selv er polariserende) vil bidra til mer tillit mellom behandlere og personer med psykiske lidelser. En mer fruktbar diskusjon vil være å diskutere hva optimal behandling til personer med psykiske lidelser bør inneholde. Da tror jeg det hadde vist seg at vi var ganske så enige: Optimal og minste dose med medisiner for de som har nytte av det, og uansett mest mulig kunnskapsbaserte psykososiale metoder. En videre debatt om hva behandlingen *ikke* skal inneholde, bidrar ikke til bedre behandling og bygger ikke tillit mellom behandlere og personer med psykiske lidelser. ✖

### REFERANSER

- Skuterud, A. (2021). Kravet om medisinfrie behandling er et brukeropprør. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(8), 2021, 714–715.
- Røssberg, J.I. (2016, 16. juni). Det er langt fra sikkert at det riktige er å innføre medisinfritt behandlingstilbud. *Aftenposten*
- Horn, K., Martinsen, E. (2007). Pasienttilfredshet etter opphold i psykiatrisk døgnpost. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 127, 1506–9.
- Haahr, U., Simonsen, E., Røssberg, J.I., Johannessen, J.O., Larsen, T.K., Melle, I., Opjordsmoen, S., Rund, B.R., Vaglum, P., Friis, S., & McGlashan, T. (2012) Patient satisfaction with treatment in first-episode psychosis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66, – Issue 5. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.644808>



... det er de som har forsket mest på disse psykososiale tiltakene ved alvorlige psykiske lidelser, som også har vært mest skeptiske til innføringen av medisinfrie tiltak

### DEBATT OM MEDISINFRI BEHANDLING

#### Tidligere innlegg:

- Nr. 08 - 2021** Kravet om medisinfrie behandling er et brukeropprør (Anders Skuterud)
- Nr. 07 - 2021** En debatt om alt og ingenting (Jan Ivar Røssberg)
- Nr. 07 - 2021** Retten til medisinfrie behandling (Mikael Julius Sømhovd, Aina Fraas-Johansen)
- Nr. 06 - 2021** Forskning først, behandling etterpå (Jone Bjørnstad, Wenche ten Velden Hegelstad)
- Nr. 05 - 2021** Lar brukernes rettigheter komme i annen rekke (Mikael Julius Sømhovd, Aina Fraas-Johansen)

# Pasienterfaringer uten medisiner

Min kamp for å håndtere store relasjonstraumer har blitt medisinerert, diagnostisert og møtt med tvangsbehandling. Vendepunktet kom da jeg ble tilbudt medisinfri behandling.



TEKST Anonym\*

MEDISINFRI  
BEHANDLING

**ETTER Å HA** fulgt debatten om medisinfri behandlingstilbud kjenner jeg meg både matt og provosert. Matt fordi psykiatere og fagfolk i norsk psykiatri fremdeles viser så liten evne til å stille spørsmål rundt sin egen etablerte medisinske tilnærming til psykiske lidelser. Provosert fordi de i så liten grad velger å lytte til de erfaringer pasientene faktisk har.

Jeg opplever sterk motstand fra det «etablerte» når de blir utfordret, blant annet gjennom medisinfri tilbud. Jeg har vært i norsk psykiatri i hele mitt voksne liv, det vil si i over tretti år. Min kamp for å håndtere store relasjonstraumer gjennom barndommen har blitt medisinerert, diagnostisert og møtt med tvangsbehandling.

Jeg hadde kjempet i mange år alene med å holde fast i livet, og hadde et selvmordsforsøk allerede som 17-åring. Da jeg kom inn i psykiatrien som 21-åring, frivillig, hadde jeg i mange år slitt med alvorlige spiseforstyrrelser og depresjoner. Etter et par år var jeg diagnostisert med schizofreni og tungt medisinerert. Jeg ble fortalt at jeg «aldri ville bli frisk», og over-

ført til avsidessliggende langtidsavdelinger på ubestemt tid. Jeg var 23 år gammel, og skjønte at de mente det ikke var håp for meg.

## «BEHANDLINGSRESISTENT»

Bak meg har jeg utallige innleggelsler på over 15 ulike sykehus, med langvarig og overdreven medisinerer. Årevis av mitt liv er tilbrakt på søvnige avdelinger. Jeg har kostet helsevesenet betydelige summer. Rundt 2009 fikk jeg igjen forverring av symptomer, og følelsen av det «uutholdelige» kom oftere og sterkere. Jeg kjempet i flere år for å få den hjelpen jeg trengte, men opplevde etter hvert at jeg var for dårlig for det meste av behandling i norsk psykiatri. Jeg ble vel egentlig erklært for «behandlingsresistent».

Gjennom 2018 var jeg blitt så dårlig at jeg ble akuttinnlagt igjen, svært suicidal, og ble behandlet med ECT. Jeg kunne ikke fullføre alle behandlingene på grunn av alvorlig grad av hukommelsessvikt. Symptomene kom raskt tilbake. Jeg måtte ha hjelp fra kommunen til daglige ting som å rydde, lage mat, dusje etc.

.....  
\* Forfatteren av dette innlegget ønsker å være anonym. Redaksjonen kjenner vedkommendes identitet.



**FIKK ENDELIG HJELP** På BET-avdelingen ved Blakstad (bildet) var de mindre opptatt av symptomer og mer interesserte i hvilke mål og drømmer pasientene hadde, skriver forfatteren av dette debattinnlegget. Ett år senere var skribenten medisinfri etter over tretti år på nevroleptika. Foto: Magnar Kirkenes / VG / NTB Scanpix

Jeg hadde stadige perioder med lammelser og måtte bruke rullestol. Jeg klarte bare ikke å være til lenger.

Jeg var heldig disse årene å ha kontakt med flere fantastiske personer i psykisk helse i kommunen. Det berører meg sterkt å tenke på at hjelpen fra disse fire kontaktene jeg hadde der, var så avgjørende for at jeg i det hele tatt overlevde disse årene. Den respekten de viste meg, og at de sa at «vi gir deg ikke opp», var et viktig halmstrå i en tid hvor jeg ikke hadde noen eller noe hjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Jeg kom til BET-avdelingen på Blakstad i september 2019. Jeg gikk vel med på å prøve det fordi ingen andre alternativer lenger fantes. Jeg var i svært dårlig forfatning. Intoxene hadde vært hyppige lenge, ukentlig og flere ganger i uka. Jeg hadde ikke mere krefter, jeg svevde bokstavelig talt i en tilværelse mellom liv og død.

#### **MÅL OG DRØMMER**

På BET var de ikke så opptatt av symptomene mine. Da jeg kom til behandling der, ble jeg spurt om hvilke mål og drømmer jeg hadde i livet. Målene mine var viktige for behandlingen, ikke symptomene, slik jeg var vant til.

I behandlingen blir man utfordret til å møte sine indre fobier gjennom eksponering, og å gjøre det *sammen* med BET-behandlerne. Å klare å være i en relasjon var en viktig del av behandlingen. Etter et liv i psykiatrien var nettopp *det* noe jeg hadde store utfordringer med. Jeg hadde ingen grunn til eller erfaring med at jeg kunne stole på mennesker i psy- »



Å bli medisinfri har utvilsomt vært avgjørende for at jeg har oppnådd den tilfriskningen jeg har



Jeg opplever en sterk motstand fra det «etablerte» når de blir utfordret, blant annet gjennom medisinfrie tilbud

### Psykologtidsskriftet retter

I Jan Smedslunds innlegg «Å prøve seg fram» i juniutgaven av Psykologtidsskriftet var viktige begreper falt ut av siste setning. Korrekt setning skal lyde: «Det som er nytt i psykologien er ikke bra, og det som er bra i psykologien er ikke nytt». Andre setning i første referanse skal lyde «I: T. Lindstad, E. Stänicke, & J. Valsiner (red.). Respect for Thought: Jan Smedslund's Legacy for Psychology. Springer.» Psykologtidsskriftet beklager.

kiatrien lenger, noe som innebar ekstra utfordringer for meg i BET, og nok også for behandlerne der.

Det å våge å møte smerten min var skremmende vondt, men samtidig forløsende. Da jeg nådde vendepunktet i behandlingen, var det ved å endre min innstilling fra flukt til aksept for den smerteopplevelsen jeg hadde. For meg innebar det at den invalidiserende angsten jeg hadde levd med, slapp taket. Det er en uvirkelig, men fantastisk opplevelse og en frihet som stadig forundrer meg.

I dag, et år etter avsluttet BET-behandling, bruker jeg ingen nevroleptika. Den medisineringen jeg har blitt utsatt for i min tid i psykiatrien, opplever jeg som skremmende ukritisk og uforsvarlig. Den har ikke minst vært invalidiserende og sannsynligvis en viktig grunn til at jeg ble værende i systemet.

### OMSTILLINGSPROSSE FOR HJERNEN

Å klare å slutte med antipsykotiske medisiner som jeg hadde brukt i over tretti år, var viktig for meg, og noe jeg hadde forsøkt mange ganger gjennom den ordinære psykiatrien. Det er en krevende og langvarig omstillingsprosess for hjernen. Det at hjelpen og kunnskapen viste seg å være vanskelig å finne, både i ordinær psykiatri og i medisinfrie tilbud, er i seg selv alvorlig og alarmerende.

Å bli medisinfri har utvilsomt vært avgjørende for at jeg har oppnådd den tilfriskningen jeg har. At en del pasienter i medisinfrie behandlinger blir stående på medisiner, sier antagelig mest om hvor vanskelig mange pasienter opplever at nedtrapping og seponering av medisiner er, ikke at de nødvendigvis har så god nytte av medisinene, eller at behandlingstilbudene «ikke virker».

Alvorlige og skadelige langtidsvirkninger, sterke abstinensliknende reaksjoner ved seponering, har i altfor liten grad blitt tatt på alvor, og det finnes skremmende lite forskning på dette området. Det pasienter opplever er reelt, og det å kalle det «ekstreme holdninger» (Røssberg, juli 2021), kan synes å vitne mest om mangel på respekt for disse pasientene og det de går igjennom.

Jeg er i dag i full jobb og har blitt samboer med kjæresten min. Jeg lever et aktivt og godt fungerende liv som er totalt forskjellig fra slik det var for et par år siden, og som kanskje ingen trodde var mulig for meg. Jeg kjenner daglig på takknemlighet over å ha fått den hjelpen jeg har trengt.

Å få hjelp til å velge å være i seg selv og i verden, med en aksepterende holdning til hva livet har vært og er, gjør det mulig å gå fra å være et offer og til aktiv aktør i eget liv. Det ble for meg et vendepunkt, og må vel være den viktigste hjelpen et menneske i psykisk uhelse kan få. Det er verken eksperimentelt eller udokumentert, slik jeg kan forstå. ✕



Faksimile fra augustutgaven

# Jobber for sosial utjevning

Det er ikke behov for å ta foreningens 2017-vedtak om sosial utjevning opp av skuffen – det har aldri blitt lagt der.

**LA OSS FØRST** få takke Psykologtidsskriftet for deres gode reportasje om levekår og betydning av disse for psykisk helse. Både med søkelys på viktigheten av levekår for psykisk helse, behovet for økt undervisning om dette på profesjonsstudiet samt hvilke måter psykologer jobber og kan jobbe med levekårsutfordringer i ulike tjenester på.

Som Haga og Olsen påpeker i sitt innlegg i august, er utjevning av sosiale forskjeller sentralt i perspektivmeldingen til den nåværende regjering. Flere partier har også løftet problematikken i forkant av stortingsvalget, og det er en av de fremste sakene velgerne selv trekker frem. Således er det verken mangel på interesse for å utjevne sosiale forskjeller eller forståelse av hvilken betydning levekårsutfordringer har for den fysiske og psykiske helsen. Likevel er det en trist kjensgjerning at de sosiale forskjellene har økt jevnt og trutt siden åttitallet. Årsa-

kene er sammensatte og må ses i sammenheng med både globale og nasjonale makroøkonomiske utviklingstrekk. Her er vi inne på noe av kjernen i kampen for sosial utjevning – problemet er erkjent, og det er vilje til å angripe det, men det er tvilrådighet fra politikere og forvaltning om hvilke tiltak som kan monne.

## PSYKOLOGENES PÅVIRKNINGSKRAFT

Her er foreningens engasjement krystallklart. Som vi har fremhevet i flere sammenhenger, ligger vår største styrke i det arbeidet som våre medlemmer legger ned i sitt daglige virke. Det er gjennom tjenestene psykologer leverer, vi kan ha størst påvirkning på sosial utjevning. For det er ikke tvil om at det fortsatt er langt igjen før vi kan si at vi gir effektiv hjelp til dem med størst behov. Vi ser med bekymring på at medlemmene oppgir å ikke ha tid til samhandling med andre tjenester til pasientenes beste.



**TEKST** Håkon Kongsrud Skard, president, Arnhild Lauveng, visepresident og Rune Frøyland, visepresident

## LEVEKÅR





... det [er] en trist kjensgjerning at de sosiale forskjellene har økt jevnt og trutt siden åttitallet

#### DEBATT OM LEVEKÅR

##### Tidligere innlegg:

**Nr. 08 - 2021** Sosial utjevning opp av skrivbordsskuffen (Kjetil Haga, Bjørnar Olsen)

Det er forstemmende at kommuner nedprioriterer forebyggende tjenester fordi de ikke er lovpålagte. Det er nedslående at en økende andel av de mest ressurssterke har enkel tilgang til psykolog gjennom private forsikringer, mens ventetiden i det offentlige er lang.

#### BRED INNSATS

Derfor jobber vi for at psykisk helsehjelp skal være tilgjengelig for alle. Vi jobber for at tilbudene til dem med størst levekårsutfordringer skal bli bedre, gjennom forebygging, tidlig oppdagelse og oppsøkende tjenester, med særlig søkelys på barn og unge. Vi jobber for bedre samhandling mellom ulike sektorer som skole, NAV, barnevern og helsevesen. Vi jobber for at våre medlemmer skal ha bevissthet om betydningen av levekår, og at de skal ha forutsetninger for å tilby hjelp med disse problemstillingene i de tjenestene de er tilknyttet, som Skorpen og Mahlum viser gode eksempler på i sin hovedoppgave. Dette perspektivet gjennomsyrrer tankene og tiltakene i hovedsatsningsområdet så vel som de nyutviklede strategiene for kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten. Perspektivet gjennomsyrrer nesten alt av foreningens virke, der høstens psykologkongress – med sitt fokus på diskriminering og utenforskap – kun er ett eksempel. Andre eksempler er at vi jobber med en beskrivelse av psykologenes rolle i PPT samtidig som vi jobber for et utvidet forebyggende mandat for tjenesten, vi utvikler kurs om arbeidsfokus i behandling som kan hjelpe flere ut i jobb, vi har gått i dialog med ledelsen i NAV om bedre samhandling rundt dem med psykiske helseutfordringer, og vi arrangerer et seminar om arbeid og psykisk helse nå i september – med fokus på hvordan hjelpe flere ut i arbeidsmarkedet. Alt dette nettopp fordi levekårenes sammenheng med psykisk helse er klar.

Foreningen vil fortsette å fremheve dette perspektivet i våre høringsvar, i dialog med andre aktører og i vårt arbeid for at medlemmene skal kunne arbeide for sosial utjevning i sitt virke. Det er langt til mål, og det vil kreve innsats og samhold for å lykkes i denne kampen. Landsmøtet i 2019 bestilte en utredning av hvordan psykologtjenester fordeles, basert blant annet på sosioøkonomiske forskjeller, som vi forventer å ferdiggjøre innen utgangen av 2021. Dette landsmøtevedtaket gjør oss sikre på at samtlige medlemmer støtter opp under og ønsker å bidra til reduserte sosiale forskjeller og en bedre psykisk folkehelse. ✕

**Send innlegg til [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto:meninger@psykologtidsskriftet.no). Frist er den 10. i hver måned.**

#### DELTA I DEBATTEN

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

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

#### DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

#### REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

#### HOVEDKRONIKK

Hovedkronikken i Psykologtidsskriftet tar for seg en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 til 8000 tegn inkludert mellomrom.

Redaksjonen kan redigere og forkorte innsendte bidrag. Psykologtidsskriftet er 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.

**DEBATT PÅ NETT:****Diskriminering**

Noen grupper diskrimineres mer enn andre. Men ikke alle medlemmene av diskriminerte grupper opplever å bli diskriminert i like stor grad. Det kan være nødvendig å snakke mer om hvorfor det er tilfelle. I alle fall hvis vi skal forebygge diskriminering i klinisk arbeid. Kanskje slike spørsmål da sågar er enda viktigere? Uansett er strukturelle briller dårligere egnet til å utforske slike spørsmål.

Jeg synes derfor det er både rart og trist at årets kongress i liten grad synes å belyse problemet fra andre vinkler enn det strukturelle. Ikke i noen av programmets plenumssesjoner, foredrag eller symposier kan jeg se at det er noen som i nevneverdig grad åpner for

å supplere den tilsynelatende rådende strukturelle forståelsen. I enda mindre grad synes kongressen å åpne for å få denne forståelsen utfordret.

*Ole Magnus Vik, psykolog og filosof  
i «For smal debatt om diskriminering på Psykologikongressen» på  
[www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no)*

**DEBATT PÅ NETT:****Levekår**

En nylig publisert doktorgrad viste hvordan fattige familier opplevde hjelpen de fikk fra barnevernet som fullstendig løstrevet fra deres livsbetingelser. De fikk råd, veiledning og oppfølging som kun orienterte seg mot foreldreferdigheter, uten å ta hensyn til trangboddhet, økonomisk stress, uholdbar arbeidssituasjon eller helseskadelig bomiljø. Du kan jo prøve å endre dine vante oppdragerstrategier etter 48 timer uten søvn, som tilsvarer det kognitive tapet man får av å konstant bekymre seg for egen økonomiske

situasjon. Avhandlingen bekrefter mye av det jeg har vært vitne til både i barnevern og psykisk helsevern.

*Ingvild Stjernen Tisløv, spesialist i samfunns- og allmennpsykolog i «Hvorfor psykologen må trække i sosionomens bed» på [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no)*

**DEBATT PÅ NETT:****Klima**

Klimapsykologi er en mangefasettert disiplin: Den inkluderer alle stedene hvor klima møter psykologi. Klimapsykologi omfatter helt konkret hvordan klimaendringene vanskeliggjør reindrift gjennom blant annet kortere sesonger, vanskeligere beiteforhold og nye sykdommer. Dette har nemlig direkte konsekvenser for kultur, velvære og psykisk helse

*Erik Nakkerud, psykolog, doktorgradsstipendiat ved UiO og medlem i Klimautvalget og Tommy Sotkajævi, psykologspesialist og leder i Klimautvalget i «Samefolkets doble byrde» på [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no)*



## ANMELDT: BOK

# Velskrevet, men faglig lettvent

Boken *Ulovlig medisin* vil nok engasjere troende, men er dårlig egnet til å overbevise skeptikerne om den kliniske nytten av psykedeliske stoffer.



**BOK** *Ulovlig medisin*  
**FORFATTER** Andreas Wahl Blomkvist  
**ÅR** 2020  
**FORLAG** Frisk forlag  
**SIDER** 336

### ANMELDT AV

Joar Øveraas Halvorsen, førsteamanuensis, psykologspesialist, Psykologisk institutt, NTNU, og Nidaros DPS, St. Olavs hospital

**ETTER Å HA** debattert kunnskapsgrunnlaget for psykedelika-assistert behandling for psykiske lidelser på Twitter, fikk jeg uoppfordret tilsendt boken *Ulovlig medisin* fra interessefellesskapet «How to change your mind» med oppfordring om å lese boken nettopp for å endre mening.

Bokomslaget angir at det finnes medisiner som kan hjelpe tungt deprimerte personer og få krigsveteraner til å se lyset, samt lindre kroniske smerter og redusere angst hos kreftsyke personer. Medisinene det er snakk om, er LSD, MDMA, cannabis og psilocybin.

### GOD FORMIDLER

Boken består av seks kapitler, i tillegg til en innledning, et stoffregister og en referanseliste. Kapitlene suppleres med tekstbokser om spesifikke tema og problemstillinger. Blomkvist angir at boken er skrevet for allmennheten, og den er relativt lettlest. Et mindre anliggende er at stoffregisteret mangler omtale av MDMA.

Første kapittel er en generell introduksjon til temaet, og Blomkvist drøfter blant annet grenseoppgangene mellom hva som er rusmidler, og hva som er legemidler. Litt uventet og overraskende opplevde jeg denne delen av boken som mest interessant. Det er nok en utbredt oppfatning at grensene mellom rusmidler og legemidler er absolutte og klare, noe Blomkvist viser at de ikke er. En ting er psykedelika, men tenk på amfetaminpreparater som blant annet benyttes i

behandling av ADHD. Som påpekt av Blomkvist: Om et stoff er et rus- eller legemiddel, bestemmes ikke bare av stoffets kvaliteter, men avhenger også av kontekst og hvordan det brukes.

De fire neste kapitlene omhandler cannabis, psykedelika, ketamin og MDMA. Disse kapitlene er stort sett bygget over samme lest og starter oftest med en relativt entusiastisk og positiv omtale av de respektive stoffene. Deretter følger fyldige historiske gjengivelser av hvordan de respektive stoffene har blitt oppdaget, utviklet og brukt. I tillegg dekkes både potensielle positive og negative effekter av stoffene. Innledningen lover at kapitlene avslutningsvis skal oppsummere og drøfte den kliniske forskningen på de respektive stoffene.

### FAGLIG LETTVINT

Kapitlene er etter min mening velskrevet, og tidvis med et driv og spenningsmoment som nærmer seg nivået til spenningsromaner. Dette er kanskje særlig fremtredende i kapitlet om MDMA, som bærer preg av et klassisk, men forfeilet, «good guy / bad guy»-narrativ. Her er de fagpersonene som jobber for å gjøre behandling med MDMA tilgjengelig, heltene som stadig møter «den ene byråkratiske veggen etter den andre» i form av forskningsetiske komiteer og andre regulatoriske byråer. Til tross for en kanskje noe positiv slagside, synes jeg de historiske gjengivelsene er lesverdige og interessante.



Der hvor boken etter mitt skjønn faller gjennom, er i presentasjonen av den kliniske forskningen på stoffene. Dette er nok de delene av boken som jeg personlig synes er mest interessante, og som kanskje gjør at jeg opplever fallhøyden som stor. Med få hederlige unntak presenterer Blomkvist nesten gjennomgående kun enkle og ukritiske gjengivelser av de kliniske studiene som er gjennomført, og resultatene fra disse. Det er tilnærmet ingen selvstendig og kritisk lesning og gjengivelse av studiene, foruten enkelte åpenbare påpekninger om at det er behov for både mer og bedre klinisk forskning. Drøftingen av de kliniske studiene som Blomkvist lovet i innledningen, glimrer stort sett med sitt fravær. Blomkvist synes også med veldig få unntak å hoppe bukk over vitenskapelig litteratur som retter et kritisk søkelys mot kunnskapsgrunnlaget til stoffene som omtales.

#### MOTSETNINGSFYLTE KONKLUSJONER

I det siste kapitlet tar Blomkvist mål av seg til å oppsummere og integrere de foregående kapitlene. Igjen synes jeg Blomkvist har en rekke interessante poenger som er verdt å reflektere over og diskutere i samsvar med første kapittel, eksempelvis en regulatorisk catch-22-situasjon i forskningen på disse stoffene. Den strenge reguleringen av stoffene gjør det utfordrende å gjennomføre kliniske studier, som igjen medfører at det er vanskelig å endre klassifiseringen og reguleringen av disse stoffene.

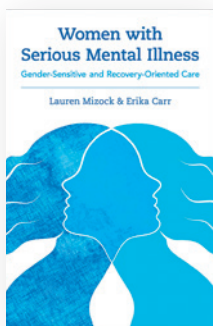
I dette kapitlet nevner også Blomkvist noe av kritikken som er rettet mot den kliniske bruken av disse stoffene, i dagspressen. Blomkvist refererer blant annet til et debattinnlegg av psykiater Erling Hillestad, men bruker dessverre mer spalteplass på å kritisere tittelen på debattinnlegget enn å forholde seg til de substansielle argumentene fremsatt av Hillestad. Det siste kapitlet er titulert «To oppfordringer», men disse kommer ikke før i de to siste avsnittene i kapitlet. Personlig synes jeg det er vanskelig å ikke se at det er en viss motsetning mellom de to oppfordringene Blomkvist kommer med. Jeg er helt enig i at vi skylder pasienter og andre «å øke vårt kunnskapsnivå» om potensielle behandlingseffekter av disse stoffene, men gitt kunnskapsgrunnlaget har jeg større vansker med å se at det er dekning for Blomkvists påstand om at disse stoffene «er kraftige medisinske og psykologiske verktøy som vi ikke finner sidestykke til i (...) felleskatalog[en]». Denne står også i motstrid til hans andre oppfordring, om «at vi ikke må la entusiasmen overstyre den kritiske sansen». Den siste oppfordringen til Blomkvist deler jeg fullt og helt, men dessverre evner Blomkvist i begrenset grad å etterleve denne i sin presentasjon av den kliniske forskningen på disse stoffene. Det gjør nok dessverre også boken dårlig egnet til å få skeptikere til å endre mening om det eksisterende kunnskapsgrunnlaget for den kliniske nytten av psykedeliske stoffer. ❌



Det er nok en utbredt oppfatning at grensene mellom rusmidler og legemidler er absolutte og klare, noe Blomkvist viser at de ikke er

# Nyttig, men ikke revolusjonerende

Vi har fortsatt ikke knekt koden om hva som er den beste behandlingen for marginaliserte kvinner er. Boken er et lite bidrag i riktig retning.



**BOK** *Women with Serious Mental Illness. Gender-Sensitive and Recovery-Oriented Care*

**FORFATTERE** Lauren Mizock og Erika Carr

**FORLAG** Oxford University Press

**ÅR** 2021

**SIDER** 208

## ANMELDT AV

Kari Lossius, psykologspesialist, Minding Minds as

**DETTE ER EN** blodfersk bok om et gammelt, men særs viktig tema: Hvordan skal vi best ivareta kvinner som er havnet i «dobbeltrøbbel», kvinner som både har alvorlige rusutfordringer og psykiske lidelser. Boken er delt opp i ni kapitler. Den starter med en historisk gjennomgang av kjente og grusomme metoder i behandling av kvinner som avviker fra den kulturen og de normene de til enhver tid befinner seg i. Aggressive, seksuelt aktive og fattige kvinner er særlig utsatt, og forfatterne opplyser at det stort sett er to deler av kvinnekroppen som behandlingsvillige myndigheter og «fagpersoner» har vist sin interesse for: underlivet og hodet. Det er ikke så lenge siden utagerende kvinner ble lobotomert, fikk fjernet klitoris eller ble utsatt for ulike inngrep i underlivet som maltrakterte dem for resten av livet. Det er enda kortere tid siden kvinner med alvorlige traumer ble tvangsmedisinert, isolert og sperret inne i årevis. Jo sykere og fattigere, jo flere og verre overgrep, mange tungt medisinert med medisiner som ga alvorlige bivirkninger. Begynnelsen av boken er rystende lesning og bør bli obligatorisk pensum for alle som jobber med kvinner med alvorlige rusutfordringer og psykiske lidelser.

## GOD NOK KOMPETANSE?

I dette perspektivet er det i tillegg betimelig å stille et spørsmål til dagens hjelpeapparat: I hvor stor grad er vi i stand til å nå marginaliserte kvinner? Hvilken kompetanse har amerikanske, eller for den saks skyld norske, helse- og sosialarbeidere om disse kvinnes særegne behov? Vestens helsevesen har som kjent inn-

tatt en tilsynelatende «kjønnsnøytral» behandlingsstrategi i møte med både kvinner og menn. Dette innebærer at de alle fleste behandlingstilbudene ikke deles inn etter kjønn. Utfordringene med denne organiseringen er mange. Kjønnssammensetningen i tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ca. 30 % kvinner og 70 % menn. Rundt 60 % av kvinnene som kommer til behandling, har opplevd seksuelle overgrep, enten som liten eller voksen. Mange har et svært anstrengt forhold til kroppen sin. Gruppeterapi er en anerkjent behandlingsmetode innenfor denne sektoren. Tenk at du er kvinne, har et alvorlig rusproblem, og i tillegg store psykiske belastninger etter seksuell og fysisk mishandling i mange år, som nå skal i behandling. Ville du ha snakket om din angst for at underlivet ditt var ødelagt, forakten du har for kroppen din, og skammen over alt du var blitt utsatt for, med syv mer eller mindre ukjente menn som tilhørere? Ikke jeg, kanskje ikke du heller, og jeg har til gode å møte kvinner med store belastninger som opplevde dette som meningsfullt. Men dette er behandlingshverdagen for mange rusmiddelavhengige kvinner. Hjelper vi, eller skader vi?

## HELLER FRISK OG RIK ENN SYK OG FATTIG

De neste kapitlene analyserer og beskriver hvilke forhold som er viktige for ulike marginaliserte grupper av kvinner. De dokumenterer at tap av nettverk og relasjoner skaper alvorlige utfordringer, videre hvordan samfunnets fordommer knyttet til seksuell legning og etnisitet bidrar til ytterligere isolering og utstøtning. Her gjelder virkelig sannheten om at det



**DOBBELT TRØBBEL** Hvordan skal vi best ivareta kvinner som er havnet i «dobbeltrøbbel», kvinner som både har alvorlige rusutfordringer og psykiske lidelser? En ny bok forsøker å gi noen svar. Foto: Maskot / NTB Scanpix

er bedre og være «rik og frisk, enn syk og fattig». Men boken beskriver også faktorer som bidrar til mestring, om *betydningen* av relasjoner og gode nettverk. De viser for eksempel hvordan religiøse samfunn kan gi noen av disse kvinnene opplevelse av tilhørighet og trygghet. Forfatterne forfekter at disse kvinnene ikke bør bli møtt med tradisjonelle behandlingsstrategier, herunder utredninger med fokus på diagnoser og individuell terapi. De mener at «tradisjonell behandling» bare øker deres skyldfølelse og avmektighet.

I siste del av boken beskriver forfatterne et alternativt behandlingsperspektiv med fokus på recovery, og i det siste kapittelet beskriver de en alternativ modell (WE-ROC), som på norsk blir noe sånt som kjønnsespesifikk recovery gruppebehandling. Gruppeledere er tidligere pasienter som opptre som likeverdige overfor deltagerne. Samlingene består av informasjon, psykoedukasjon, utveksling av tanker, følelser og mestringsstrategier. Interessant og nyttig

lesning, selv om det er noe uklart hvor effektiv tilnærmingen er, sammenlignet med mer tradisjonell behandling. Nok en gang savner jeg mer forskning på hva som virker og hvorfor, og hva som er den beste tilnærmingen til denne pasientgruppen. Det er imidlertid ikke noe som er spesielt for denne boken. Det finnes knapt nok noen RCT-studier som kan si oss noe om effekten av «kjønnsespesifikk» behandling kontra «kjønnsnøytral» behandling. Vi har likevel flere pilotstudier og forløpsstudier som viser at drop-out reduseres og tilfredshet øker med kvinnespesifikk behandling/tiltak.

Helt til slutt: Behandlingen vi tilbyr våre pasienter, må være av en slik kvalitet at vi ville kunne ha mottatt den selv, eller at vi trygt ville kunne ha tilbudt den til våre døtre. I det perspektivet har vi en lang vei å gå, og da er denne boken et godt hjelpemiddel for å gjøre strekningen litt kortere. Ikke en revolusjonerende bok, men nyttig, lett å lese og til å bli litt klokere av. ❌

”

Jeg savner mer forskning på hva som virker og hvorfor, og hva som er den beste tilnærmingen til denne pasientgruppen

# Strofer fra terapirommet

Hans festning synes å være uangripelig fra enhver vinkel.  
Ingen respons.

TEKST Emil Mogård

Som psykologstudent har jeg lenge forundret meg over vårt jag mot «ekspertstatus» på menneskers sinn, og den faktiske kontakten vi får med dem vi utdannes til å hjelpe. Paradokset er nesten ironisk stort når en ser hvor lenge mine kullinger på UiO og jeg må vente, før vi møter andre enn hverandre. Spesielt problematisk er dette sett opp mot kompetansen samfunnet forventer at vi skal ha, og statusen vi pålegger oss selv idet vi trækker ut av dørene til Psykologisk institutt for aller siste gang.

Jeg har følt meg litt bortgjemt oppe på Harald Schjelderups hus, tidvis overlatt til meg selv i å spekulere og fantasere fritt om pasienter og fremtidige møter med dem. Altfor lang tid gikk før tankene, fantasiene og fordommene ble bekreftet, korrigert eller knust i møte med reell erfaring.

Da jeg fikk tildelt praksisplass i høst, begynte jeg å skrive ned erfaringene mine fra terapirommet. Mest for å jobbe med min egen usikkerhet og bearbeide de krevende møtene med menneskene vi har hørt om i over fire år, men så vidt møtt. Notatene ble en sentral del av veiledningen min. Det som kommer til uttrykk i tekstene, er ofte følelsen av tilkortkommen-

het, men også min opplevelse av relasjonen til pasientene, og hvordan denne forståelsen beveger seg i timen.

Jeg har kalt tekstene «strofer fra terapirommet». De reflekterer en students møte med praksis, og møtet med meg selv som fersk terapeut. Her er et utdrag.

## MOTOVERFØRINGER

Jeg gjemmer en gjesp, og krysser fingrene for at jeg ikke blir avslørt. Kjemper mot tårefilmen på øynene, mens min veileder kriger i en livløs dialog. Samtalepartneren ligger henslenkt som en slapp sokk i sofaen. Uten liv, men ikke død. Jeg kjenner på uvilje. Arroganse. Opprørskhet. Jeg tenker på motoverføringer.

Igjen bivåner jeg – som en statist i kulissene. Bare at det jeg ser på nå, hverken er film eller teater, men et maleri i akromatiske toner. Gjenta-gende. Avsjelet. Om få øyeblikk er det min tur. Jeg håper å få pustet liv i gutten. Ser på ham, og føler at jeg ikke strekker til.

Klokkeviserne står på stedet hvil. Det er snart min tur. Det er mye tid å fylle, men ikke mye å si. Veileder kaster ut flere verbale livbøyer. Prøver å få viserne til å løpe raskere. Tiden til å marsjere i riktig retning. En livline til meg? En livline til klienten?

Larmen fra et åpent kontorvindu kveles idet døren slår igjen bak oss. Alene. Jeg rigger meg til i stolen, mens den slappe sokken har sunket ned i sofaen og strukket seg utover bordet foran oss. Gjør meg klar til å kjempe, og forsøker å ruste opp med utstyr fra et magert og uprøvd terapeutisk arsenal.



**BESKYTTET** Jeg sitter halvannen meter unna, men det kjønes ut som om det er en vollgrav mellom oss, skriver Emil Mogård. Maleri: El Greco - *View of Toledo* (1599-1600) / The Met

## BRENNENDE HVILEPULS

Mitt første trekk er en tarvelig åpningsreplikk som blir møtt av forvirrede øyne og en spørrende tone. Jeg sitter halvannen meter unna, men det kjønes ut som om det er en vollgrav mellom oss. Jeg venter tålmodig på neste trekk. Fra sofaen kommer det kun enstavelser. Terapirommet virker å ha hvilepuls, mens det brenner inni meg.

«Hva mener du», gjentar han flere ganger. Forstår ikke spørsmålene mine. Jeg kjenner mistroens skjerpede blikk bli sendt min vei. Fornemmer en slags fordekt frustrasjon over at jeg ikke klarer å forstå. Er dette et angrep forkledd som et spørsmål? Blir usikker. Prøver å omgruppere, innta forsvarsposisjon.

Hans festning synes å være uangripelig fra enhver vinkel. Ingen respons. Jeg forsøker å jakte fortidens spøkelser. Kjenner plutselig at stillstanden begynner å briste. Vi snakker om tyngende tanker. De som tilhører fortiden. Og det er med påfallende letthet hvordan sorgelige historier fra fortiden formidles.

Setninger sys sammen, men blir aldri en hel søm. Jeg kjenner på kraftløshet. På nummenhet. På følelsen av å bli glemt. Det jeg tidligere så som et slapt, men like fullt ugjennomtrengelig forsvar, virker ikke like vanntett. Kraftløshet. Ikke uvilje. Nummenhet. Ikke arroganse. Frykten for å bli glemt. Ikke opprørsk. Jeg tenker på motoverføringer. ✕

# Betydningen av et brudd

Det voksne barnet har flere veier til psykologisk overlevelse. I *Tingenes tilstand* av Sandra Lillebø blir et brudd mellom forteller og mor det eneste mulige.

**TEKST** Ida Sund Morken, psykolog og stipendiat i utviklingspsykologi, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Sandra Lillebøs roman *Tingenes tilstand* (Lillebø, 2020) er basert på forfatterens egne erfaringer. Boka veksler mellom å være en oppvekstskildring og en tilstandsrapport om hovedpersonens voksne liv, der fortelleren som en del av romanen kommenterer sin egen skriveprosess. Barndommen beskrives som prega av kaos, med mange flyttinger, vanskelige økonomiske forhold, og mors forvirrende fortellinger og oppførsel. Mor portretteres verken som ondskapsfull eller med dårlige intensjoner, men som ekstremt opp tatt av sitt eget, på bekostning av barnets virkelighet. Barnet står igjen uten en trygg base å utforske verden fra. I voksen alder, etter å ha etablert egen familie, finner hovedpersonen ut at mor sannsynligvis hadde, og fortsatt har, en schizofrenidiagnose. Uforståelige hendelser fra barndommen begynner å gi mening. Mor ringer sin voksne datter, og alle rundt henne, lenge etter at datteren har sluttet å respondere. Hun tropper opp på døra midt på natta for å advare om ulike forhold, gjerne relatert til forfølgelse. Romanen beskriver «parentifisering» (se f.eks. Haugland, 2006, for en gjennomgang av begrepet), der barnet overtar det som vanligvis er den voksnes omsorgsoppgaver. Samtidig leker de at mor er den voksne og datteren er barnet. Barnet er alltid på vakt, setter seg på mors fang når møter mellom mor og andre voksne går i stå, slik at mor heller kan spille rollen som omsorgsperson. «I denne leken er det hun som bestemmer alt, men at det er en lek, er det bare jeg som vet» (Lillebø, 2020, s. 15). Når hovedpersonen har blitt voksen, legger mor seg ned på datterens sofa og ber henne lage mat til henne. Winnicotts (1960) «falske

selv» er også fremtredende: Barnet sluker seriebøker for å finne ut hvordan barn vanligvis oppfører seg, hun imiterer andre for at ingen skal få mistanke om forholdene hjemme. I voksen alder setter hovedpersonen det normative og hverdagslige høyt – fiskekaker og fiskeboller og skisport på søndager.

## ALLMENNE PSYKOLOGISKE FENOMENER

Da romanen kom ut høsten 2020, fikk den jevnt over svært god mottagelse: Den omtales som fengslende, rå og ærlig om hvordan det er å vokse opp tett på schizofreni / alvorlig psykisk lidelse (f.eks. Fosvold, 2020; Jordal, 2020; Hammer, 2020; Mathai, 2020). Jeg mener romanen først og fremst beskriver mer allmenne psykologiske fenomener som kan oppstå hos barn som lever under vanskelige oppvekstforhold. Disse kan oppstå der omsorgspersoner har lidd av schizofreni eller annen alvorlig psykisk lidelse, men selvfølgelig ikke nødvendigvis. De kan også oppstå der omsorgspersoner av andre grunner har utvist manglende omsorg for og kontakt med barnet.

Videre har romanen mottatt noe negativ kritikk, spesielt i Morgenbladets anmeldelse (Ellefsen, 2020). Den kritiseres først og fremst for at den selges inn som basert på Lillebøs eget liv, og at dette gjøres på en måte som visker ut skillet mellom forfatter og forteller. Den andre hovedkritikken er at bokas forteller har en autoritær og skråsikker tilnærming til egen fortelling, som ikke gir rom for leserens fortolkninger.

På bakgrunn av romanens innsalg og mottagelse vil jeg i dette essayet drøfte følgende tre tema: sannhetsbegrepet i oppvekstromaner, bokas form som bilde på psykologiske prosesser, og det å bryte kontakt til fordel for psykologisk overlevelse.

## SANNHETSBEGREPET I OPPVEKSTROMANER

En hovedkritikk mot romanen ble som nevnt retta mot innsalget, der skillet mellom forfatter og forteller viskes ut. Lillebø gikk tidlig ut med at romanen er sterkt basert på egne erfaringer, og stilte til flere intervjuer der hun snakka om hendelser i boka som om de hadde skjedd henne selv



**BOK** *Tingenes Tilstand*  
**FORFATTERE** Sandra Lillebø  
**FORLAG** Oktober  
**ÅR** 2020  
**SIDER** 178

**VIRKELIGHETSLITTERATUR** Forfatter Sandra Lillebø skrev bok om egne oppveksterfaringer med en psykisk syk mor. I romanen *Tingenes tilstand* beskriver hun hvordan jeg-personen kjenner seg nødt til å bryte helt med moren for å velge seg selv. Foto: Helge Skodvin

(f.eks. Vik, 2020; Skårderud, 2020). Jeg må stadig sjekke hva jeg husker fra intervjuene versus romanen. De ansvarlige for innsalget av «den ekte historien» er sannsynligvis en blanding av forfattere, forlag og media. Lillebø selv har uttalt at hun ønsket å være åpen om at romanen er basert på eget liv, for å unngå spekulasjoner rundt dette (f.eks. Vik, 2020). Det er forståelig, samtidig som jeg fullt og helt deler Ellefsens (2020) syn på at romanen hadde stått seg alene, uten et slikt innsalg.

For det første er ikke dette en bok om historiske hendelser av mer allmenn interesse. Videre er jeg utenforstående til forfatterens familie og omkrets. Derfor er jeg egentlig ikke nysgjerrig på hva som har skjedd eller ikke skjedd i akkurat denne forfatterens liv. For det andre virker innsalget overflødig. Når jeg leser skjønnlitteratur, antar jeg instinktivt, feilslått eller ikke, at den til en viss grad er basert på egne erfaringer: det forfatteren kjenner til. For det tredje lider «ekte» historier i skjønnlitterær form alltid under at menneskelig hukommelse er subjektiv og feilbarlig, hvilket gjør det mindre interessant å jakte på hva i romanen som faktisk skjedde i forfatterens liv. Mennesker fortolker situasjoner fra ulike ståsteder, og samme situasjon lagres som ulike minner. I tillegg endrer minner form, innhold og følelsesmessig tone hver gang vi henter dem fram. Hva mors nøyaktige intensjon var den gang da, er umulig å få tak i, selv for mor. Derimot er det *effekten* av mors intensjon – hvordan barnet opplevde og internaliserte denne intensjonen, og dermed hva

som ligger igjen i den voksne – som representerer den voksnes virkelighet, eller psykiske realitet. Denne virkeligheten må vi forholde oss til, både ved lesning av oppvekstromaner og i samtaler med andre mennesker.

Aller viktigst: For meg er nettopp denne virkeligheten – altså den psykiske realiteten – den mest interessante! Diskusjoner om hva som faktisk skjedde i forfatterens liv, om de virkelig måtte flytte åtte eller elleve ganger, blir gjerne digresjoner fra å utforske denne virkeligheten. Ellefsen (2020) trekker fram at Knausgård i *Min kamp* inkluderer fars dagboksnotat, som ved å la far komme til orde slår sprekker i et ellers mørkt farsportrett, og at dette grepet hever hele verket. Her er lesere ulike, men mitt utgangspunkt er alltid at det er en subjektiv sannhet jeg leser. Jeg kan være på besøk i fortellerens psykiske realitet, ta den på alvor, og samtidig vite at karakterene i fortellingen nødvendigvis er mer komplekse enn det som kommer fram (ikke *alt* ble igjen i barnet). Slik »

blir Knausgårds dagboksnotat for så vidt et fint grep, men ikke det som utfordrer meg som leser.

Det som derimot utfordrer, både ved *Tingenes tilstand* og *Min kamp*, er bøkens evne til å fange psykologiske fenomener på en nesten kroppslig måte. Dette gjøres overbevisende nettopp ved å dra meg inn, og holde meg fast, i fortellerens subjektive sannhet. Da blir mine opplevelser og oppfatninger av fenomenene nødvendigvis utvida.

## ROMANENS FORM

*Tingenes tilstand* kritiseres også for å ha en autoritær og skråsikker fortellerstemme, som gir lite rom for undring fra leserens ståsted; leseren blir overflødig (Ellefsen, 2020). Fortelleren i romanen har flere bastante utsagn om hva hun mener litteratur er eller bør være, og oppvekstskildringene har tidvis en rapporterende stil. Samtidig er hun ambivalent med hensyn til egne utsagn og hva hun gjør ved å fortelle nettopp sin, og ikke mors, sannhet. Hun veksler mellom det harde på den ene siden og en skjør og ensom undersøkelse på den andre, som hun ikke lenger makter å stå i.

Videre mener jeg det som er hardt og mer skråsikkert ved boka, ikke er problematisk i seg selv, men heller kan forstås som et bilde på fortellerens psykologiske tilstand. Her blir Fonagys og kollegers «mentaliserings»-begrep (2002) aktuelt. Evnen til å forstå egen og andres atferd i lys av indre mentale tilstander (som følelser, tanker og behov) utvikles sammen med trygge voksne. Dersom disse i tilstrekkelig grad greier å romme, speile og hjelpe barnet med å forstå sin indre og ytre verden, kan barnet både bli kjent med seg selv og våge å utforske andres sinnstilstander. Dette legger grunnlag for utvikling av en selvopplevelse som har gjengklang i barnet. Dersom barnets følelser mange nok ganger blir feilspeila eller på annen måte ikke i tilstrekkelig grad bekrefta, kan selvopplevelsen bli utydelig. Barn har et naturgitt kunnskapsbegjær, og kan bli overdrevent selvfokusert og selvkritisk, for å gi mening til forvirrende hendelser. Kapasiteten til å ta inn hva den voksne kan tenke og føle, blir begrensa, og terskelen for mentaliseringssvikt blir lavere. Generelt inntreer slik svikt når sterke følelser er aktivert, som når vi berøres av faktiske møter med – eller minner om – tilknytningspersoner. Det blir gjerne viktigere å formidle enn å ta imot andres nyanserende innspill. Forteller beskriver at romanen ble skrevet i løpet av et par uker, under høy følelsesmessig aktivering, den tvinger seg fram under fanen å være/bli fri. Det kan derfor tenkes at fortellerens tidvis skråsikre meninger om litteratur og beskrivelser av mor var mykere og mer åpen for tvetydighet ved endt skriveprosess.

Romanens form kan også ses i lys av hvordan minner (sam)konstrueres. «En sannhet er ikke virksom som sannhet uten at den er delt» (Lillebø, 2020, s. 127). Utforskning av den indre og ytre verden sammen med en nysgjerrig og trygg omsorgsperson legger til rette for en rikere autobiografisk hukommelse: Hvem jeg opplever meg som på tvers av tid og sted. Det er funnet at barn med trygg tilknytning husker både positive og negative minner bedre (Thompson, 2009). Det kan virke som samme foreldrestil fremmer trygg tilknytning og en rikere selvbiografisk hukommelse (Sales, 2009). Slik gir det mening at oppvekstskildringene i *Tingenes tilstand* er fragmentariske, og at mors karakter tidvis kan virke forenkla eller overfladisk framstilt.

## BRUDDETS NØDVENDIGHET

Et sentralt element ved romanen er at den tydeliggjør behovet for bruddet som skjer mellom hovedpersonen og omsorgspersonen. Det å bli mer forsonet med en utfordrende oppvekst, inkludert å akseptere omsorgspersoners mangler og valg som uansett ikke kan endres på, er uenkelig gunstig. Jeg mener dog det i populærkulturen, og kanskje også i terapirommet, ligger et tydelig press om at en slik forsonende holdning kan og skal føre til opprettholdt kontakt. Dette gjelder spesielt dersom det ikke har vært snakk om fysiske eller seksuelle overgrep. Omsorgspersoners gode intensjoner vektlegges gjerne. «I hele den brede offentligheten: bare elskede barn» (Lillebø, 2020, s. 145). Kanskje alternativet er for skremmende: Vi må ikke miste kontakten med barna våre. Problemet med et slikt press er at opprettholdt kontakt ikke alltid er mulig, og *Tingenes tilstand* viser nettopp hvordan et brudd kan være det beste for det voksne barnet. Så kan vi som utenforstående være enige eller uenige i hva som er det beste for henne, men forteller formidler det som sitt eneste alternativ.

Nødvendigheten av bruddet kommer blant anna fram gjennom beskrivelsene av hovedpersonens fungering når mor tar kontakt (dissojasjon, konsentrasjonsvansker, vaklende tillit til familiestrukturen hun har bygget opp, blir sengeliggende av et ubesvart anrop). En måte å forstå mors grenseoverskridende oppførsel på, er som en repetisjon av tidligere manglende interesse og bekreftelse. Fortsatt kontakt blir derfor umulig: Mor greier fremdeles ikke å ta inn datterens verden og behov, så hvem er det mor egentlig ønsker kontakt med? Og hvem blir den voksne datteren da, om hun skal gå med på denne typen kontakt?

Forteller uttaler i romanen at den måtte skrives, ellers ville hun aldri kunnet skrive igjen. Samtidig kunne den bare skrives som om mor allerede var død, forteller bryter med fantasien om en levende mor som gir reell psykologisk kontakt. «Men man får ikke tilbake en man aldri har hatt» (Lillebø, 2020, s. 139). Bruddet, eller romanens nødvendighet, mener jeg kan forstås utover den romantiske ideen om å «skrive noe av seg». Vi blir aldri fullt og helt sett og forstått av andre mennesker, men noen ganger blir spriket for stort, og kan føre til ubehag eller til og med opplevelsen av et forvitret selv. Det er spesielt



utfordrende å ikke bli tilstrekkelig bekrefta av våre nærmeste, de som minner om tilknytningspersonene vi trengte for fysisk og psykisk overlevelse. Når historien derimot festes til sidene, kan den beholde en form og eksistere tryggere i nære relasjoner. Slik kan skriveprosessen bidra til å beskytte det sammenhengende selvet. Forteller beskriver det å skrive romanen som en kamp på liv og død, om hennes psykologiske overlevelse, og i bunn og grunn eksistens.

Til slutt mener jeg nødvendigheten av bruddet formidles ved at forteller trosser enorm skyldfølelse og falsk selv-problematikk. Hun bryter med en omsorgsperson som etter alt å dømme har gjort sitt beste. Hovedpersonen velger seg selv på bekostning av mor, og på tvers av samfunnets normer, konvensjoner og ytre standarder, som tidligere har vært livsnødvendige. Nå har hun derimot funnet en annen måte å overleve på. ✕

## REFERANSER

- Ellefsen, B. (11. september 2020). Selvfølgelig er det umoralsk å «utlevere» sin egen mor, men det er ikke problemet med Lillebøs roman. *Morgenbladet*.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Other Press.
- Fosvold, A. (1. oktober 2020). Å skrive seg fri: Når det står om livet, er løsriving påkrevd. *Vårt land*. <https://www.vl.no/kultur/anmeldelse/2020/10/01/a-skrive-seg-fri/>
- Hammer, S. H. (4. september 2020). Overtramp på høylys dag. *Klassekampen*. <https://klassekampen.no/utgave/2020-09-04/overtramp-pa-hoylys-dag>
- Haugland, B. S. M. (2006). Barn som omsorgsgivere: Adaptiv versus destruktiv parentifisering. *Tidskrift for norsk psykologforening*, 43(3), 211–220.
- Jordal, P. (20. oktober 2020). Aftenpostens anmelder: Ikke siden Olaug Nilssens «Tung tids tale» har jeg lest noe så intenst gripende. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/kultur/i/56VjE1/bokanmeldelse-hjerteskaerende-om-loesrivelsens-pris>
- Lillebø, S. (2020). *Tingenes tilstand*. Forlaget Oktober.
- Mathai, S. F. (4. september 2020). Sagaen om en syk mor. *NRK*. [https://www.nrk.no/anmeldelser/anmeldelse\\_-\\_tingenes-tilstand\\_-av-sandra-lillebo-1.15133539](https://www.nrk.no/anmeldelser/anmeldelse_-_tingenes-tilstand_-av-sandra-lillebo-1.15133539)
- Sales, J. M. (2009). Creating a context for children's memory: The importance of parental attachment status, coping, and narrative skill for co-constructing meaning following stressful experiences. I: J. A. Quas & R. Fivush (red.), *Emotion and memory in development* (s. 196–217). Oxford University Press.
- Skårderud, F. (vert). (21. april 2021). En mor med bagasje – Sandra Lillebø, Peter Øvig Knudsen og Finn Skårderud i samtale. *I Litteraturhusets podcast*. Litteraturhuset i Oslo. <https://litteraturhuset.libsyn.com/en-mor-med-bagasje-sandra-lilleb-peter-ovig-knudsen-og-finn-skruderud-i-samtale>
- Thompson, R. A. (2009). Relationships, stress and memory. I: J. A. Quas og R. Fivush (red.), *Emotion and memory in development* (s. 355–373). Oxford University Press.
- Vik, S. (2020). Farvel mamma. *NRK*. [https://www.nrk.no/kultur/xl/sandra-lillebo-skriver-om-sin-mor-i-romanen-tingenes-tilstand\\_-1.15122822](https://www.nrk.no/kultur/xl/sandra-lillebo-skriver-om-sin-mor-i-romanen-tingenes-tilstand_-1.15122822)
- Winnicott, D. W. (1960). Ego distortion in terms of true and false self. I: M. M. R. Khan (red.), *The maturational processes and the Facilitating environment: Studies in the Theory of Emotional Development* (s. 140–152). New International Universities Press.



*Tingenes tilstand* viser nettopp hvordan et brudd kan være det beste for det voksne barnet

## 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](mailto:redaksjonen@psykologtidsskriftet.no)

## Livskvalitet, arbeid og uførhet

*Hovedsatsningsområdet denne perioden er utdanning og arbeid. Det er en viktig satsning, og pandemien gjorde dette arbeidet enda viktigere enn det allerede var.*

FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN



### TEKST

Arnhild Lauveng,  
Visepresident for  
fag og profesjon

Uførhet kan gi nedsatt livskvalitet, utenforskap og økonomiske vansker, for personen det gjelder, og for familien, særlig barn. Det er derfor bekymringsfullt at den gruppen uføre som øker mest, er unge under 30 år med milde til moderate psykiske vansker. Noen av disse falt ut av arbeidslivet allerede tidlig i skolegangen, derfor er den kombinerte satsningen på arbeid og utdanning viktig, for å fange opp unge som strever så tidlig som mulig.

Ofte tenker vi at hvis vi oppnår symptomreduksjon, så vil personen automatisk komme tilbake i arbeid igjen. Dette stemmer dessverre ikke. Hvis folk har vært ute av arbeid i mer enn seks uker, enten på grunn av sykemelding, permittering eller annet, er det nødvendig med konkrete arbeidsrettede tiltak i tillegg. Dette er særlig relevant nå, når mange har vært permittert i lengre perioder. Noen av disse, særlig personer med usikker tilknytning til arbeidslivet og/eller krevende yrker, for eksempel innen renhold, transport eller service, kan ha vansker med å komme tilbake i jobb etter permittering og fravær. Noen kan også ha utviklet angst og/eller depresjon, og det vil være avgjørende for dem selv, og for familien deres, om de møter en psykolog som aktivt forholder seg til arbeid, eller ikke.

Samtidig er dette vanskelige vurderinger. Noen ganger er det viktigste å hjelpe folk i arbeid. Andre ganger blir folk gående for lenge i stadige arbeidsutprøvinger som svekker helsen, gir mer skam og fører til et konstant økonomisk stress som ødelegger muligheten for et stabilt liv for dem selv og familien. Her har psykologer en viktig rolle for å støtte raskere avklaring, og få folk inn i en situasjon som gir mer trygghet, mindre stress og høyere livskvalitet.

Det finnes også personer som har fått uføretrygd, men som ønsker å forsøke seg i arbeid

igjen, helt eller delvis, men som er usikre på hvordan de gjør dette, og trenger støtte på veien tilbake i arbeid, kanskje etter mange år utenfor arbeidslivet.

Fordi dette er kompliserte vurderinger, arbeider NPF sentralt med ulike tiltak for å heve kompetansen om arbeidsrettet behandling og vurderinger. Utdanningsavdelingen samarbeider med fagutvalgene om hvordan arbeid og utdanning kan bli tema i alle relevante spesialiseringer. Kvalitetsutvalget (KU) har hatt arbeid og utdanning som tema, og vi håper å kunne dele noen av deres anbefalinger på nettsidene i løpet av høsten. Vi har startet et samarbeid med psykologene i PPT for å lære mer om deres arbeidshverdag og behov, hva som fungerer og hvor det er behov for endringer. Vi arbeider også med å utvikle egne kurs om arbeid. Vi håper så mange som mulig vil prioritere å delta på disse kursene når de er klare – kanskje spesielt de som opplever at de i dag bruker lite tid på arbeidsrettede problemstillinger. En av de tingene vi ønsker å oppnå med dette hovedsatsningsområdet, er jo nettopp at arbeid og utdanning blir en integrert og naturlig del av all psykologisk behandling og utredning, i alle tilfeller hvor dette på noen måte er aktuelt.

Derfor håper vi også at noen av disse tiltakene kan føre til at arbeid blir et naturlig samtaletema i tjenestene og i andre sammenhenger hvor psykologer møtes. For det viktigste arbeidet skjer nettopp ute i tjenestene, av psykologer i mange ulike roller og stillinger. Vår jobb sentralt er å støtte dette praktiske arbeidet, og for å få til det, er vi avhengige av tett samarbeid med så bredt utvalg av medlemmene som mulig. Vi har fått til dette på mange måter, også under nedstengningen, men jeg gleder meg til en høst hvor samfunnet åpner mer opp, og vi igjen kan møtes fysisk. Det trenger vi nå!

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

# Unngå bindingstid når kommunen dekker spesialisering

Noen få kommuner forsøker å sette bindingstid som vilkår for å dekke spesialistutdanning for psykologer. Norsk psykologforening fraråder å takke ja til spesialisering med vilkår om bindingstid. Vi anbefaler også at du får skriftliggjort en avtale om å få dekket spesialisering samtidig som du inngår arbeidsavtale.

I helseforetakene har Psykologforeningen tariffavtalt en rett og en plikt til å gjennomføre spesialistutdanning. En tilsvarende sentral særavtale finnes ikke i kommunene. Psykologforeningens medlemsundersøkelser viser likevel at over 90 % av de som er ansatt i kommunene får dekket spesialiseringen helt eller delvis uten noen form for bindingstid.

I noen kommuner er det fremforhandlet lokale avtaler om gjennomføring av spesialistutdanning. Ta kontakt med tillitsvalgt for Psykologforeningen for å avklare dette. Vet du ikke hvem lokal tillitsvalgt er, kan du spørre den som intervjuet deg. Forhandlingsavdelingen har også ofte oversikt over lokale tillitsvalgte. Du når oss på forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no.

Punkter du bør tenke gjennom og argumenter du kan bruke hvis kommunen forsøker å pålegge deg bindingstid for å dekke utgifter til spesialisering (kursavgift, fri med lønn og utgifter til veiledning):

- Det er så vanlig å få dekket spesialisering i kommunene at det bør kunne forventes at det dekkes uten bindingstid. Vår medlemsundersøkelse viser at langt de fleste får dette dekket uten bindingstid. Det er naturlig for psykologer å begynne på spesialisering etter endt studie. Dette gjelder uavhengig av arbeidssted.
- I Statens personalhåndbok omtales bindingstid. Der sies det at bindingstiden normalt beregnes til det dobbelte av utdanningslengden, men at du påbegynner bindingstiden med en gang du er tilbake i stillingen. Det betyr at du får fri i f.eks. 6 måneder vil du kunne ha 1 års bindingstid. I spesialiseringen er du kun borte noen få dager av gangen. Skal bindingstiden påbegynnes når du er tilbake i jobb blir jo bindingstiden bare noen få dager den også. Nå gjelder ikke Statens personalhåndbok i kommunene, men den er likevel ofte retningsgivende for andre sek-

torer. Statens personalhåndbok sier videre at det ikke skal inngås avtale om bindingstid dersom utdanningsutgiftene er under 1 G (dvs. ca. 100.000,-) eller av kortere varighet enn to måneder. Ett program vil jo normalt være både kortere og billigere enn dette.

- Avtaler om bindingstid blir ofte inngått for at arbeidsgiver skal få et visst utbytte av den investeringen som blir gjort i arbeidstakers utdanning. Ved gjennomføring av spesialistutdanning får derimot kommunen nytte av psykologens økte kunnskap etter hvert gjennomført kurs og hver veiledning. Og dermed mulighet til å tilby innbyggerne et bedre tilbud med en gang
- Selv om du ved signering av kontrakten tenker at du skal bli hos denne arbeidsgiveren lenge, kan ting endre seg. Plutselig dukker det opp andre spennende jobber eller livet tar en vending som gjør at du må flytte på deg.
- Det er verdt å tenke over hvorfor noen kommuner mener de må «binde deg til masta» gjennom bindingstid. Hva sier det om arbeidsplassen?
- Bindingstid gjør at du mister alle forhandlingskort i ettertid. Arbeidsgiver trenger ikke gi deg lønnsøkning, for du kan ikke slutte likevel.
- Bryter du bindingstiden kan det være du ikke bare må tilbakebetale kursavgift, men også den lønna du mottok mens du var på kurs og i veiledning.
- Det kan virke som om noen kommuner ikke helt har forstått dette med bindingstid. For å bli spesialist må man i mange tilfeller jobbe flere steder for å få den praksisen som kreves. Hvis alle dine arbeidsgivere skal kreve bindingstid går ikke dette opp. Betyr det at kommunen gjennom et krav om bindingstid forplikter seg til å betale spesialiseringen og lønnen din også når du har praksis på andre steder?

Ta kontakt med Forhandlingsavdelingen eller din tillitsvalgte hvis du møter krav om bindingstid.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

## TEKST

Ellen Ekre Engh,  
spesialrådgiver/  
advokat

INVITASJON Bidrag til temanummer

# Arbeid og psykisk helse

FOTO: ANH NGUYEN / UNSPLASH

**FOREKOMSTEN AV PSYKISKE** symptomer er om lag tre ganger så høy blant ikke-yrkesaktive som blant yrkesaktive. Psykiske lidelser gjør det vanskelig for mange å beholde fotfestet i arbeidslivet. Uten inntekt øker risikoen for økonomiske vansker, som over tid kan gi alvorlige konsekvenser for psykisk helse.

Jobben har en sentral livsrolle for de fleste av oss. Å bli utestengt fra arbeidslivet vil ha en negativ innvirkning på et menneskes selvverdsetting.

Psykologtidsskriftet ønsker å løfte frem arbeid og psykisk helse i et eget temanummer og

inviterer i den forbindelse engasjerte psykologer og forskere til å sende inn bidrag. Målet med temanummeret er å presentere en bredde av problemstillinger og perspektiver relatert til temaet, samt gi norske psykologer inspirasjon til egen fagutvikling. Modige tekster som kan utfordre etablert konsensus eller som kan presentere nye arbeidsmåter, er særlig velkomne.

I temanummeret er vi interessert i tekster fra alle spesialiseringsområdene og innen alle sjangerne våre, slik som vitenskapelige artikler, bidrag fra praksis, fagessay og debattinnlegg.

Send en kort beskrivelse av en mulig tekst (maksimalt 250 ord) innen 15. september 2021. For en nærmere beskrivelse av våre ulike sjangere samt retningslinjer for disse, se [psykologtidsskriftet.no](https://www.psykologtidsskriftet.no).

Spørsmål, tips eller tekstforslag til artikler sendes sjefredaktør Katharine Cecilia Williams.

**E-POST** [katharine@psykologtidsskriftet.no](mailto:katharine@psykologtidsskriftet.no)

# BROWN

---

EXECUTIVE FUNCTION / ATTENTION

---

# SCALES™

Nå lanserer vi Brown EF/A!  
Brown Executive Function/  
Attention Scales (Brown EF/A) er  
et nevropsykologisk instrument.  
Vurderingsskalaene er først og  
fremst utviklet for å brukes som  
screening for å kartlegge vansker  
med eksekutive funksjoner og  
ADHD. Finnes nå i Q-global.

Fra og med nå kan du bestille  
Brown EF/A på nettstedet vårt. Der  
finner du også mer informasjon å  
lese:

[pearsonclinical.no/brown-efa](http://pearsonclinical.no/brown-efa)



Pearson



## Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization  
and Reprocessing

### Grunnutdanning i EMDR

ved fysisk oppmøte eller digitalt  
Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,  
EMDR Europe Approved Senior Trainer

The Art of EMDR m/ Roger Solomon  
Røros, 23.-26.08.22

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



Norsk Institutt for  
Kunstuttrykk & Kommunikasjon

# NIKUT

**Nå har du muligheten til å bli med på  
EXIT Gruppeleder utdannelsen!**

EXIT (Expressive Arts in Transition) er en gruppeintervensjon, basert på kunst- og uttrykksmetoder (KUT).

Målet er å gi kunnskap og verktøy til å håndtere stressymptomer etter traumatiske hendelser som flukt, krig, naturkatastrofer og sykdom.

**Utdanningen starter 20. september!**  
Vi har også EXIT seminar på Zoom og live v/campus Malta 2021/2022.

*Les mer på [nikut.no](http://nikut.no)*

### 12 dagers Treningsprogram i Acceptance and Commitment Therapy (ACT).



Kursholdere: Psykologspesialistene Asle T. Elen og Thorvald Andersen.

Vil du lære ACT eller videreutvikle eksisterende ACT-ferdigheter? Vi tilbyr et omfattende program med nok dybdetretning til å anvende ACT i din kliniske praksis. Kurset gir også fordypning i smerte- og utmattelsesproblematikk ved psykologspesialist/seniorforsker Henrik Børsting Jacobsen. Samt behandling av depresjon ved psykologspesialist/ph.d. Tom Østergaard. Kurset er godkjent av Psykologforeningen som 72 timers vedlikeholdsaktivitet. Programmet går fra november 2021 til september 2022.

**Sted:** Tønsberg. Tollboden, Nedre Langgate 38.  
**Pris:** kr 25.000 inkl. lunsj, kaffe og frukt.

Hjemmeside: [www.bedreterapeuter.no](http://www.bedreterapeuter.no)  
Kontakt: [kontekstuell@gmail.com](mailto:kontekstuell@gmail.com)

## EMDR MED BARN

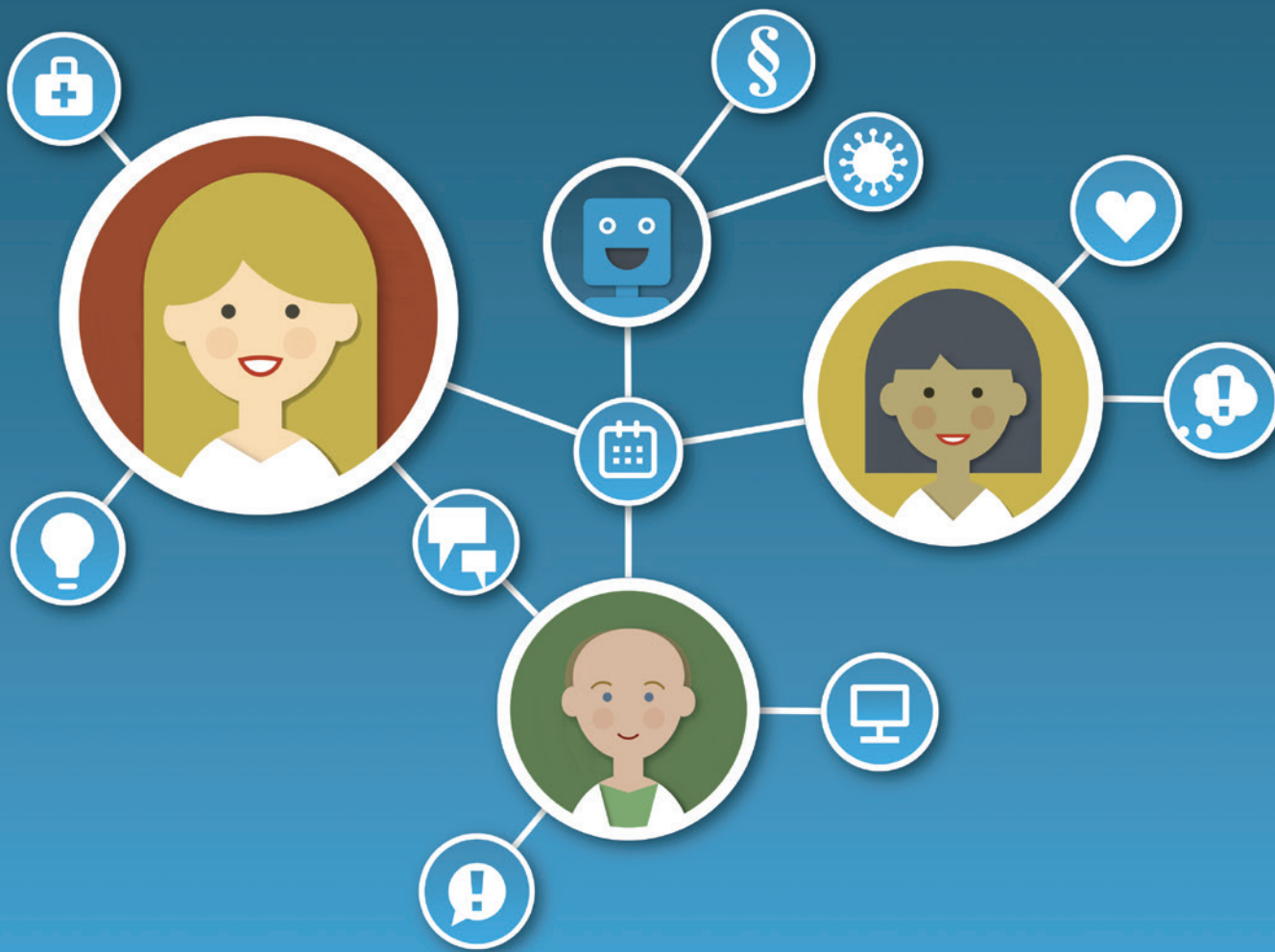
15.-17.09.21. digitalt  
se info på [www.emdrkurs.no](http://www.emdrkurs.no)

Kurset holdes av A Savita Dalsbø,  
psykologspesialist,  
EMDR Europe Approved C & A Senior Trainer



Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

facebook



## 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](http://trinnvis.no) og finn ut hva et helhetlig driftssystem kan gjøre for din virksomhet.

 **TrinnVis**

utvikles i samarbeid med





Søknadsfrist:  
6.10.2021

## Utdanning

### Behandling av komplisert sorg/ forlenget sorgforstyrrelse

Utdanningen består av to samlinger:  
Del 1: 24.–25. november 2021, i Oslo  
Del 2: 31. mai–2. juni 2022, i Oslo

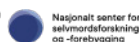
Veiledning mellom samlingene

[www.uio.no/cgt](http://www.uio.no/cgt)



UiO • Universitetet i Oslo

NSSF



Nasjonalt senter for  
selvmordsforskning  
og -forebygging

## Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

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

Kontakt oss på e-post  
[tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)  
eller tlf. 23 10 31 33

## PSYKOLOGTIDSSKRIFTET ANNONSER OG ABONNEMENT

### ABONNEMENT:

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

### ANNONSER:

Kontakt Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,  
e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller  
[www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no), se: *For annonsører*  
for informasjon om annonsering.  
17.09, 18.10, 18.11

**Fagpressen**   
OPPLAGSKONTROLLERT

## Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



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

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





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 informanters 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.



# Halstead-Reitans testmetode

## Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister

## Målsetting

Etter kurset behersker deltakere å administrere, skåre og tolke Halstead-Reitans testbatteri for et bredt spekter av nevropsykologiske problemstillinger for alle aldersgrupper. De kjenner og forstår metodens grunnleggende rasjonale, dens styrke og dens begrensninger.

## Innhold

- HRB historikk: idé, utvikling, bruk. Hvorfor ble akkurat denne metoden så utbredt? Hva er dagens situasjon og tanker om fremtiden.
- Administrasjon Barn og Voksne. Spesielle hensyn og unntak.
- Skåring. GNDS. Trites, Wisconsin, Heaton normer.
- Resultater og Tolkning. Ulike systemer presenteres.
- Kliniske syndromer og eksempler. Barn og voksne.
- Kurset er hovedsakelig en work-shop som har som siktemål å bygge opp og støtte opp under kliniske ferdigheter.
- Deltakere kan ta med egen saker for drøfting.

## Kursledere

Rune Raudeberg og Jarle Fehn

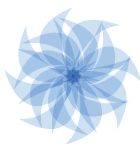
**Sted og dato:** Oslo 8.-9. november 2021

**Påmeldingsfrist:** 4. oktober 2021

**Medlemspris:** kr 7300

**Kursnr.:** 119-21

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



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



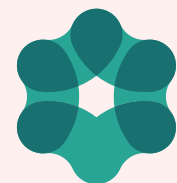
# psykbase

Norges ledende  
journalssystem for  
privatpraktiserende  
psykologer i over 20 år.

Utvikles i tett samarbeid  
med psykologer for å  
gjøre din arbeidsdag  
enklere.



Les mer på [aspit.no](https://aspit.no)



aspit



## Valgfritt program i **Helsepsykologi**

*For å kunne starte på Valgfritt program til spesialiteten må du ha fullført alle fire samlingene i Fellesprogrammet. Valgfritt program og obligatoriske kurs kan ikke gjennomføres samtidig. Du må selv påse at krav til praksis og veiledning er oppfylt.*

### **Målgruppe**

Psykologen skal dokumentere ett års praksis med klinisk helsepsykologisk innhold. Det innebærer en klinisk praksis hvor psykologisk kunnskap og kliniske ferdigheter som psykolog anvendes gjennom behandling, rehabilitering, palliasjon og/eller annen helsefremming for pasienter med somatisk sykdom, symptomer eller funksjonshemning, eller med symptomer som beskrives eller fremstår som somatiske. Det bør være elementer av både utredning, behandling, veiledning og konsultasjon.

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

### **Målsetting**

Deltakerne vil bl.a. få god innsikt i hvordan sykdom, medisinsk behandling og ulike psykologiske og sosiale faktorer påvirker helseatferd og sykdom. De vil få kunnskap om evidensbaserte behandlings- og rehabiliteringstiltak og veiledet selvhjelp for spesifikke sykdomsplager, så vel som faktorer som styrker menneskers helse, forebygging av sykdom og etablering av gode helsevaner.

Psykologen vil og få gode kunnskaper om brukerinvolvering. Helsepsykologen skal kunne metoder for å lære av pasientens erfaringer, og for å bidra til å mobilisere pasientenes ressurser og kunnskaper, og styrke pasientens evne til å fremme sin egen helse og livskvalitet.

### **Kursledere**

Arnstein Finset og Borrik Schjødt (1. og 4. samling)  
Linn B. Herner og Nina Lang (2. og 3. samling – begge digitale)

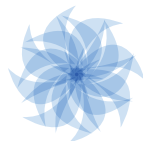
**Sted og dato:** Oslo; 3.-4. november 2021 (1. samling)

**Påmeldingsfrist:** 29. august 2021

**Medlemspris:** kr 7300 per samling

**Kursnr.:** 135-21

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



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



## Valgfritt program i **Habiliteringspsykologi**

*Det valgfrie programmet i Habiliteringspsykologi er hovedsakelig rettet mot utredning og tiltaksarbeid overfor mennesker med utviklingshemming/autisme og ulike tilleggsvansker og andre som har habiliteringsbehov*

### **Målgruppe**

Psykologer som arbeider med barn, ungdom og voksne som har sammensatte vansker, herunder utviklingshemming/autisme og ulike tilleggsvansker (atferdsproblemer, psykisk lidelse, nevropsykiatriske tilstander). Programmet vil være relevant for alle psykologer som kommer i kontakt med pasienter med habiliteringsbehov, for eksempel som ansatt i habiliteringstjenestene, BUP, DPS, PPT, NAV, Statped og i kommunene.

Programmet er godkjent for psykologer som skal bli spesialister i enten habiliteringspsykologi, barne- og ungdomspsykologi, familiepsykologi, arbeidspsykologi eller samfunns- og allmennpsykologi.

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

### **Målsetting**

Gjennom praksis, kurs og veiledning er det forventet at det valgfrie programmet skal gi psykologen kunnskaper og ferdigheter innenfor sentrale habiliteringspsykologiske temaer.

### **Kursledere**

Tonje Elgsås, Rita Nielsen Glad, Arvid Nikolai Kildahl, Jeffrey Lewis og Leif Hugo Stubrud.

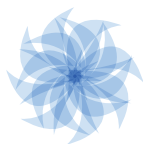
Sted og dato: Oslo, 8.–9. november 2021 (1. samling)

Påmeldingsfrist: 4. oktober 2021

Medlemspris: kr 7300 per samling

Kursnr.: 171-21

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



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



## Fond til videre- og etterutdanning

I klinisk psykologi og psykoterapi for medlemmer  
av Norsk psykologforening. Tildeling 2022

Søknadsfrist 1. november 2021

Ved tildeling vil avtalespesialister prioriteres.

*Tapt arbeidsfortjeneste dekkes helt/delvis kun ved artikkelskriving for publisering.*

Fondets formål er å høyne det faglige kunnskapsnivå innen klinisk psykologi og psykoterapi.

### Dette skjer ved støtte til:

- 1 a. Videre- og etterutdanning i klinisk psykologi og psykoterapi.
- 1 b. Styrking av veilederkompetanse i klinisk psykologi og psykoterapi.
- 1 c. Formål som har sammenheng med etterutdanning av spesialister i klinisk psykologi.
- 2 a. Fondet kan gi hel eller delvis dekning av kurs- og reiseutgifter og andre utgifter i forbindelse med videre- og etterutdanning i klinisk psykologi og psykoterapi.
- 2 b. Fondet kan gi midler til vitenskapelig forskning og til utarbeiding av skriftlige arbeider og publikasjoner i klinisk psykologi og psykoterapi.
- 3 a. Fondets midler kan søkes av eller til psykologer i videreutdanning i klinisk psykologi og spesialister i klinisk psykologi.
- 3 b. Fondet skal ved tildelingen prioritere søknader fra privatpraktiserende spesialister i klinisk psykologi.
- 3 c. Fondet skal ved tildelingen prioritere søknader som ikke kan få støtte på annen måte.

### Utover ordinære tildelinger ønsker Fondsstyret også å gi midler til:

Skriving av artikler/essays om utfordringer i privatpraksis med formål publisering.

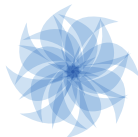
### Fondsstyret vil vurdere søknadene ut fra:

- Søkere uten driftstilskudd og refusjonsrett vil ikke bli prioritert
- Hvor mye søkeren har mottatt fra fondet tidligere år
- Skriving av artikler/essay om tema og utfordringer i privatpraksis med tanke på publisering
- Kursavgift vil bli prioritert over reise- og oppholdsutgifter
- At søknaden er i tråd med prinsipplæringen om evidensbasert praksis
- Åpne søknader der det ikke er tatt stilling til hva midlene skal brukes til utelukkes
- Aktiviteter som anses å være kvalifiserende på en måte som gjør at søkeren blir aktuell til nye typer oppdrag blir ikke prioritert. Eksempelvis vil kvalifisering innen rettspsykiatri/arbeid for retten anses som utgifter til inntekts erverv

Begrunnet søknad sendes på eget skjema: <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/stipendordninger/fond-til-videre-og-etterutdanning>

Prosjektbeskrivelse eller annen relevant dokumentasjon må vedlegges søknaden.

OBS: Uleselige søknader og søknader som ikke er riktig utfylt vil ikke bli vurdert.



Norsk psykologforening  
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo  
Tlf: 23 10 31 30  
E-post [nfpfpost@psykologforeningen.no](mailto:nfpfpost@psykologforeningen.no)



# Lysne

## Vi gjør det lettere å få hjelp av psykolog

Sånn avlaster vi offentlige helse-  
tjenester og gir flere hjelp. Mindre  
byråkrati gir mer tid til terapi. Bli  
med oss å bygge et sterkt faglig  
felleskap med mye frihet og stor  
positiv påvirkning på samfunnet.

Heltid eller deltid?  
For å se hva vi har å tilby gå til:  
[lysne.mojob.io](https://lysne.mojob.io)



# Psykolog

Familiehelsetjenester, Porsgrunn kommune



**PORSGRUNN  
KOMMUNE**

## Vi søker psykolog til 100 % fast stilling ved Familiehelsetjenester

Familiehelsetjenester gir helsefremmende og forebyggende tjenester til barn, unge og familier.

Familiehelsetjenester har følgende arbeidsområder: helsestasjonstjenester til barn 0-5 år, helsesykepleier til elever i grunn- og videregående skoler, helsestasjon for ungdom, jordmortjeneste, fysio- og ergoterapitjenester til barn/unge 0-18 år, smitte- og vaksinasjonstjenester og flyktningehelsetjenester.

Kandidaten vi søker vil inngå i et team og vil arbeide tett sammen med vår psykologspesialist som arbeider hos oss i 100 % stilling.

### Arbeidsoppgaver

- delta i kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid
- inngå i tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid
- gjøre tilgangen til psykisk helsehjelp enklere for barn, unge og familier
- bistå i koordinering og oppfølging av innsats knyttet til barn, unge og familier
- arbeid med barn/ungdom/gravide/foreldre og foreldreveiledning
- bidra til å videreutvikle tjenestetilbudet i fagfeltet psykisk helse barn, unge og familie

### Kvalifikasjoner

- offentlig godkjent/autorisasjon som psykolog
- erfaring med tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid
- det er ønskelig med erfaring fra helsefremmende og forebyggende arbeid, veiledning og undervisning
- kjennskap til systemrettet arbeid, samt utviklingsarbeid
- må beherske norsk skriftlig og muntlig

Personlige egenskaper og egnethet tillegges stor vekt.

### Vi tilbyr

- varierte og spennende arbeidsoppgaver
- tverrfaglighet
- veiledning
- fleksitidsordning
- lønn etter avtale
- gode pensjonsordninger
- Porsgrunn kommune er en IA-virksomhet

### Søknadsfrist 12.09.21

Kontaktinformasjon: Kristin Serkland  
Norskog, avdelingsleder, tlf. 480 54 702  
og Lene Lindflaten, virksomhetsleder,  
tlf. 913 72 246.

Lenke til fullstendig annonse og søk på stillingen

[https://7400.webcruiter.no/Main/Recruit/Public/4376312920?language=nb&link\\_source\\_id=0](https://7400.webcruiter.no/Main/Recruit/Public/4376312920?language=nb&link_source_id=0)

## PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2021

### SPESIALPLASSERING:

1/1 side 4 farger plassert på 3. omslagside kr 19 500.

### KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 24 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/

hvitt kr 2 760, samme format i farger kr 4 083.

### SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 450.

### NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 600, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 500. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) under «Kurs og konferanser» og [www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen](http://www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen).

Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 5 950 per måned eller kr 1950 per uke kan annonsen vises på forsiden av [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no) under boksen for «ledige stillinger».

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
10	17.09	01.10
11	18.10	01.11
12	18.11	01.12

### ANNONSEFORMATER

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

### PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	17 900	16 300
1/2 side	13 900	12 300
1/4 side	11 900	9 950

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

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



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

23 10 31 30  
hakon@psykologforeningen.no

**Visepresidenter****Rune Frøyland**

rfroey@online.no  
450 30 522

**Arnhild 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

**Varamedlemmer****Jakob Støre-Valen**

984 23 805  
jakob@valen.cc

**Alf Martin Eriksen**

909 65 138  
alfmeriksen@gmail.com

**LOKALAVDELINGER****Akershus****Maria Nylund**

maria\_nylund@hotmail.com  
997 98 973

**Aust-Agder****Anniken Lucia Willumsen**

**Laake**  
annilaak@gmail.com  
462 98 210

**Buskerud****Henriette Alsaker**

henriette.alsaker@gmail.com  
997 22 725

**Finnmark****Dagmar Patricia Steffan**

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

**Hedmark****Lene Engen Kleppe**

leneeng@hotmail.com  
924 53 116

**Hordaland****Runa Kongsvik**

runa.kongsvik@gmail.com  
938 63 918

**Møre og Romsdal****Birgitte Nørve Brunvoll**

birgitte.brunvoll@icloud.com  
911 25 104

**Nord-Trøndelag****Julie Valen**

psyk.valen@gmail.com  
924 90 532

**Nordland****Miriam Ryssdal**

miriam.ryssdal@gmail.com  
926 53 473

**Oppland****Iver Sørli Røhr**

iversr@gmail.com  
916 35 382

**Oslo****Birgit Aanderaa**

biraan@ous-hf.no  
917 12 983

**Rogaland****Marie Tonette Solhaug**

**Hansen**  
marietsh@yahoo.no  
977 34 812

**Sogn og Fjordane****Solbjørg Torheim Hanitz**

solbjorg\_89@hotmail.com  
902 95 676

**Sør-Trøndelag****Kjersti Sandnes**

sandneskjersti@gmail.com  
916 72 756

**Telemark****Birgitte Lindøe**

libi@siv.no  
473 83 123

**Troms****Anne Sofie Bentzen**

annesofie.bentzen@hotmail.com  
404 61 116

**Vest-Agder****Ann Birgithe S. Eikhom**

abseikhom@gmail.com  
971 29 052

**Vestfold****Anne-Kristin Imenes**

anne.kristin.imenes@gmail.com  
907 55 410

**Østfold****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****Arnhild 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@psykologforening.  
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 Dyrhovd**,  
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  
**Lars Jørgen Berglund**,  
nestleder og spesialrådgiver  
e-post lars@  
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](http://www.psykologforeningen.no)

Bransjeavisen  
Psykologisk.no –  
psykologiens dagsavis –  
er en møteplass for alle  
psykologi-interesserte,  
og i rask vekst.

Hold deg  
daglig oppdatert  
i psykologi.



Psykologisk.no  
er en selvstendig  
nettavis som aktualiserer  
psykologisk kunnskap i  
samfunnsdebatten.

Abonner på en  
psykologisk  
dagsavis.

*Psykologisk.no/pluss*

**Psykologisk**  
.no

