
**Utredning av
autisme i BUP**

Originalartikkel

ISTDP

**- Hvordan, hvorfor,
med hvem og med
hvilke begrensninger**

*Intervju
Meninger*

Irritable barn

Fagessay

**MDMA-assistert
psykoterapi:**

**«...mindre
hybris og hype,
og mer data»**

Meninger



PSY KOL OGI

Vol. 58 nr. 10 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 23.09.2021

Omslagsillustrasjon Åge Peterson

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



Meninger er ikke fakta

Ifølge Redaktørplakaten er det [...] *redaktørens ansvar å sørge for et tydelig skille mellom fakta og meningsinnhold* [...]. I Psykologtidsskriftet er debattsidene tydelig markert med en egen «Meninger»-vignett, men et spørsmål kan likevel reises om hvor klart vi skiller mellom fakta og meninger i et tidsskrift der forfatterne typisk er svært faglig meritterte. Et debattinnlegg skal helst være spissformulert. Forfatteren står friere i sine ytringer her enn i eksempelvis en fagartikkel. Hvordan leser vi et debattinnlegg som er forfattet av en anerkjent forsker, som skriver om sitt ekspertisefelt? Jeg kan for egen regning innrømme at jeg noen ganger kan synes det er vanskelig å skille ekspertens meninger fra fakta. Da føles det skremmende å skulle uttrykke en uenighet. Risikerer jeg å flagge min uvitenhet for mine kolleger ved å ytre et motargument?

Psykologtidsskriftet ønsker å være en arena for åpen, balansert debatt. Det fordrer at vi evner å formidle stemmer som målbærer ulike perspektiver. Det er viktig at de ulike stemmene får bli hørt. Ensidige diskusjoner, skyttergraver og polariseringer fører oss lenger fra hverandre, mens modige refleksjoner og meningsytringer er noe av det viktigste stoffet Psykologtidsskriftet publiserer. Det er faglig utveksling i sin reneste form.

Jeg har selv ytret meninger i Psykologtidsskriftet gjennom årene og deltatt i debatter som løp over flere måneder. Min innledende frykt for å eksponere mine kunnskapsmangler ble fort erstattet av glede over muligheten til å utveksle meninger med dyktige kolleger om et tema jeg var opptatt av. Uenighet er ikke uvennskap, og meninger er ikke fakta.

Psykologtidsskriftet ønsker alle stemmer velkommen, ikke minst nye stemmer og dissidentstemmer. Det er viktig fagstoff. ✕



Katharine Cecilia Williams

Sjefredaktør
katharine@
psykologtidsskriftet.no



Uenighet er ikke
uvennskap

828/874



FOTO: NORA SKJERDINGSTAD

TAKT OG TEKNIKK

Professor, terapiforsker og ISTDP-veileder Ole André Solbakken deltok på det første kullet som fikk utdanning i ISTDP i Norge. Han mener de negative erfaringene med ISTDP som er beskrevet i Psykologtidsskriftet, er et uttrykk for dårlig terapiteknikk.

Les også ISTDP-nesor Allan Abbass tilsvar til kritikken som har blitt rettet mot terapiformen.

*Intervju
Meninger*

832



FOTO: NORA SKJERDINGSTAD

IKKE ALLE VIL I RORSCHACHS BURS DAG

Finnes det evidens for Rorschach-metoden? Kritikere mener Rorschach-entusiaster blander evidens med eminense, mens førsteamanuensis Cato Grønnerød (bildet) inviterer til bursdagsfest for den hundre år gamle metoden.

Aktuelt



AKVARELL: SAMUEL JOSEPH BROWN JR. / THE MET MUSEUM

PSYKOANALYTISK HOLDNING

Jeg har ikke kunnet tilby pasienter psykoanalyse i poliklinikk for voksne. Allikevel har jeg funnet psykoanalysen nyttig som en del av behandlingen, skriver Linda Sandbæk i et første av to fagessay om psykoanalytisk arbeid med personlighetsproblematikk.

Fagessay

Innhold

- 825 **Meninger er ikke fakta**
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 828 **Derfor ble Norge «verdensmester» i ISTDP**
Intervju | Per Halvorsen
- 832 **Evidens eller eminens for Rorschach**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 842 **Del 1: Psykoanalyse i voksenpsykiatrisk poliklinikk**
Fagessay | Linda Sandbæk
- 848 **Utredning av autismspekterforstyrrelser i BUP
- Hvor godt samsvar er det mellom instrumenter
og endelig klinisk diagnose?**
Originalartikkel | Hans Jørgen Berntsen, Beate
Ørbeck & Kristin Romvig Øvergaard
- 855 **Ny fagredaktør i Psykologtidsskriftet**
Intervju | Nora Skjerdingsstad
- 856 **Irritable barn og irritable fagfelt**
Fagessay | Marit Coldevin, Lena Løvstad
& Astrid Brænden
- 864 **Kan fagetisk bevissthet og refleksjon gjøre oss til
bedre terapeuter?**
Etikkpanelet | Maria Løvvik Norheim
- 866 **MENINGER**
Hovedkronikk: Medisinfri behandling fra innsiden |
Anders Wenneberg (s. 870)
Letter to the Editor: Intensive Short-term Dynamic
Psychotherapy – Methods, Evidence, Indications
and Limitations | Allan Abbass (s. 874)
Debatt: Faktaundersøkelse (s. 866), Rusbehandling
(s. 880), Ledelse (s. 881), Basal eksponeringsterapi
(s. 882 & 884), MDMA-assistert psykoterapi (s. 885)
- 890 **INNTRYKK**
Anmeldelse: Mellom trygghet og spenning (s. 890)
Bokessay: Ledelse sett med psykologiske briller |
Karl Johan Gloppen (s. 892)
Fri assosiasjon: Å måle med kjensler | Arnstein Søvik
(s. 896)
- 901 **Annonser**
- 910 **Stillingsannonser**

Derfor ble Norge «verdensmester» i ISTDP

Ingen land har utdannet flere ISTDP-terapeuter i forhold til folketallet enn Norge. Psykologiprofessor og terapiforsker Ole André Solbakken ved UiO forklarer hvorfor.

TEKST

Per Halvorsen

FOTO

Nora Skjerdingsstad

– *Du deltok selv på det første kullet som fikk utdanning i ISTDP i 2009, og tok veilederutdanning i metoden i 2012. Hvorfor har Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) fått så solid fotfeste i Norge?*

– Aller først har jeg lyst til å oppklare en interessant misforståelse. Når vi snakker om *short term*-terapier er sammenlikningsgrunnlaget psykoanalyse. Grensen for «kort tid» defineres da som regel ved 40 timer. Terapier som er kortere, betegner vi som korttidsterapi. Egentlig er ISTDP en *open ended* terapi. Pasienter som er godt skrudd sammen og har avgrenset problematikk, trenger kanskje noen få timer. De som er skjørere, må nok opp i 40–50, eller helt opp til 150 timer. Snittet ligger på mellom 10 og 20 timer for de fleste terapier.

– *Gjennomsnittstallene høres lave ut?*

– De er lave. Basert på analyser av *open ended*-terapier på tvers av terapeutiske retninger har vi funnet at folk i dag får alt for korte behandlinger. Snittbehandlingstiden bør ligge på mellom 50 og 60 timer. Noen må ha opp mot 200 timer. En snitt-tid på 10- 20 timer er å be om at minst halvparten av pasienten ikke skal bli friske.

– *Men altså: Hvorfor er metodens standing i Norge så sterk?*

– Det er flere årsaker. Litt kort historikk: Dynamiske korttidsterapier begynte å gro på 50- og 60-tallet. Det dukket opp ulike modeller. Felles for metodeutviklerne var at de gjerne ville selektere pasienter som var robuste, og få så mye som mulige ut av behandlingen på kortest mulig tid. Peter E. Sifnos, en psykiater ved Har-

vard, utviklet noe han kalt STAPP: Short Term Anxiety Provoking Psychotherapy. Det ligger i navnet at metoden er konfronterende. Når det gjelder ISTDP, som er det vi snakker om i Norge, var den iranskfødte kanadisk psykiateren Habib Davanloo sentral. I Norge ble metoden plukket opp av engasjerte enkeltpersoner i drammen-sområdet som møtte sentrale ISTDP-folk som John Fredrickson og Allan Abbass på faglige seminarer og etter hvert inviterte han dem til å utvikle et utdanningstilbud i Norge. Man kunne tilby god organisering av en slik utdanning. Etter hvert ble det utviklet et ganske omfattende norsk ISTDP-miljø. Fra 2012 startet man veilederutdanning i Drammen. Det var også svenske og danske psykologer med. Drammen var det første stedet i Europa det virkelig ble satset og det første stedet metodeutviklerne kom til. Allan Abbass og John Fredrickson er nesten blitt litt nordmenn. Resultatet av dette samarbeidet er at vi i dag har utdannet cirka 400 ISTDP-terapeuter i Norge. Det er flere enn noe annet land i forhold til folketallet.

– *I hvor stor grad har også økonomi vært avgjørende for utbredelsen av ISTDP i Norge?*

– Det har selvsagt betydning. I Norge har det ikke vært uvanlig at arbeidsgiver finansierer utdanninger som dette. ISTDP-utdanningen tar 3,5 år og koster en betydelig sum [ca. 160 000 kroner, red. anm.] med kurs og veiledning. Skulle alle psykologer bære denne kostnaden alene, ville nok ikke markedet ha vært det samme.

– *I debatten i Psykologtidsskriftet har det vært problematisert at ISTDP kan være i overkant konfronterende. Det har vært spekulert i om*



TEKNISK PROBLEM Terapiforsker Ole André Solbakken oppfatter problemene som er blitt beskrevet i Psykologtidsskriftet som uttrykk for slark i terapiteknikken.

- De historiene jeg har lest i debatten om ISTDP i Psykologtidsskriftet, oppfatter jeg som eksempler på missallianse

Ole André Solbakken

metoden er litt macho-preget og dermed appellerer mer til menn enn kvinner. Hva røper oversikten over dem som har tatt utdanningen?

- I den grad kjønns sammensetningen på de siste utdanningskullene er representativ, er det lite som tyder på at det er flere menn enn kvinner som lar seg fascinere av ISTDP. Hvert kull har cirka 12 deltakere, og i øyeblikket er kvinner i klart flertall.

- Hvordan vil du karakterisere kunnskapsgrunnlaget til ISTDP?

- Det er ganske bra sammenliknet med mange andre terapiretninger. Det er jo flere steder du må hente kunnskapsgrunnlaget fra når du skal drive behandling. Du må blant annet undersøke om modellen faktisk fører til endringer. Det er det gjort veldig mye forskning på når det gjelder ISTDP. På dette området vil jeg karakterisere datagrunnlaget som robust. Effekten er særlig god for pasienter med behandlingsresistente tilstander. Jeg har også forsket på dette temaet selv. Prosjektet hørte til Vestre Viken, og Allan Abbass og jeg skrev artiklene sammen.

- ISTDP-debatten i Psykologtidsskriftet har blant annet handlet om negative reaksjoner på terapien. Hva vet vi om den problematikken når det gjelder akkurat denne terapiformen?

- Vi har gjort studier på pasienter med angst og depresjonstilstander pluss personlighetsproblematikk som ikke hadde respondert på tidligere behandling. Under to prosent ble dårligere i løpet av behandlingen. Det er mye mindre enn det som er vanlig i andre behandlinger. I all behandling er det fare for en missallianse mellom behandler og pasient. De historiene jeg har lest i den pågående debatten om ISTDP i Psykologtidsskriftet, oppfatter jeg som eksempler på missallianse. »

– Det er altså ikke noe ved metoden i seg selv som øker risikoen for aversive reaksjoner?

– Det jeg har lest i Psykologtidsskriftet oppfatter jeg som uttrykk for et eller annet terapiteknisk problem i utøvelsen av metoden. Typisk ser det ut til at terapeuten ikke har greid å ivareta den bevisste arbeidsalliansen med pasienten. På denne måten vil jeg tenke at det var utøvelsen av metoden i det enkelte tilfelle og ikke metoden i seg selv det var noe galt med.

– En ISTDP-terapeut jeg har snakket med beskriver metoden som emosjonelt ladet. Det kan bli intenst i terapirommet, og du må ha god kontroll på hva som er «mitt» og hva som er «ditt». Gjør dette metoden ekstra krevende å håndtere?

– Jeg vil tenke at metoden definitivt er krevende. Den er kompleks og legger opp til at terapeuten skal følge med på en rekke ulike faktorer i pasientens respons på intervensjon. Den er også emosjonelt ladet, all den tid et av de sentrale kurative elementene i den er genuint opplevd affekt. Om den er mer krevende enn andre metoder, er mer uklart. All terapi er krevende. En kunne kanskje si at dette kommer mer an på den enkelte pasients problematikk enn på metodene i seg selv.

– Men hvis vi er enige om at ISTDP i sin natur er over gjennomsnittet konfronterende, vil det ikke da være ekstra stor fare for negative reaksjoner på behandlingen?

– Hvis du aldri utfordrer pasienten, vil du heller aldri få noen negative reaksjoner, med mindre pasienten til syvende og sist blir misfornøyd med at det ikke skjer noen ting. Det er klart at intervensjoner som innebærer å konfrontere karakterfestede håndteringsstrategier som pasienten ofte ikke har noe bevisst forhold til før terapien er godt i gang, kan føre til negative reaksjoner hvis pasienten ikke forstår det som skjer og ikke ønsker eller er klar for å utfordre seg selv. ISTDP sier eksplisitt at den eneste gangen du skal bruke konfrontasjon, er når du har en aktualisert pågående krise i pasienten, og pasienten på den ene siden vil videre og på den andre side holder igjen fordi det er både vondt og skummelt å stå i det. Da kan det være viktig å tippe skåla i den retningen som bringer pasienten videre selv om det er tøft der og da. Det forutsetter at pasienten forstår hva som foregår; at det er en intrapsykisk krise vi snakker om og ikke en drakamp mellom terapeut og pasient.

– I hvor stor grad er det egentlig mulig å skille mellom metode og terapeut? Må ikke nettopp metoden integreres med terapeuten egen personlighet for at terapien skal fungere?

– Metodene virker alltid gjennom terapeuten, og terapeuten virker alltid gjennom sine metoder. Slik sett kan man si at de to ikke kan skilles

fra hverandre og på et vis utgjør et integrert hele. Samtidig vil jo terapeuter alltid kunne utøve sine metoder mer eller mindre i tråd med modellene som ligger til grunn, og det bør vi kunne skille ut. Vi vet at noen terapeuter er mer effektive enn andre, og måten de utøver sine modeller på, er trolig en sentral faktor i dette.

– Av debatten i Psykologtidsskriftet kan man få inntrykk av at det ligger noe i formidlingen av ISTDP som metode som gjør at man forføres til å tro at den er bedre enn alle andre. Er det et signal om at utdanningen ikke er tydelig nok på ISTDPs begrensinger?

– Jeg var selv elev på det første kullet av ISTDP-terapeuter som ble utdannet i Norge, og jeg kan til en viss grad forstå at det for noen kunne oppleves slik; at ISTDP er en metode som var overlegen alt mulig annet. Selv trodde jeg aldri det. Jeg kjente godt til terapiforskningen den gangen og vet enda mer i dag. Det fins ingen empiri på at ISTDP er bedre enn alt mulig annet. Da jeg tok utdanningen, var det nok kanskje for lite forskningsfokus, og kompleksiteten på feltet kan ha blitt underkommunisert. Dette er momenter jeg mener er blitt mye mer betonet i ISTDP-utdanningen siden den gang.

– Hvilket inntrykk har du av psykologers evne til å forholde seg sunt kritisk til terapimetodene de velger å benytte seg av?

– Mitt inntrykk at de fleste har et godt monn av personlig klokskap og en helhetlig faglig forståelse. Det er sjeldent jeg møter prematurt lukkede psykologer; altså de som har identifisert seg med en spesifikk metode uten å ha satt seg rimelig inn i fagfeltet generelt og andre terapeutiske tilnærminger spesielt.

– Hvilken lærdom kan man trekke av den pågående debatten om ISTDP?

– At når du skal jobbe med ting som ikke er så lett å erkjenne, kreves ekstra stor nennsomhet. Hver gang en pasient opplever å bli påpraktet noe som for hen ikke holder stikk, så har ikke terapeuten vært nennsom nok. Hvis terapeuten tror han har det perfektet kartet, bør han ta et steg tilbake og spørre seg hva som har skjedd. Det finnes ingen mirakelkur. Det er mer hjernevask enn terapi hvis absolutt alle blir friske. ❌

– Det fins ingen empiri på at ISTDP er bedre enn alt mulig annet

Ole André Solbakken

AKTUELT PÅ NETT:

Vil lære foreldre å danse med barnet

Hedvig Montgomery ble årets vinner av Åse Gruda Skard-prisen for popularisering av psykologisk kunnskap. – Jeg vil lære foreldre å danse med barnet, sier hun.

TEKST Per Halvorsen

Bøker, avisartikler og ikke minst podkasten Foreldrekoden i regi av Aftenposten: Psykologspesialist med fordypning i familieterapi – Hedvig Montgomery – er antageligvis det nærmeste vi kommer en riksoppdrager her til lands for øyeblikket.

Hun understreker at det ikke finnes en universalkode for barneoppdragelse.

– Koden vil variere fra familie til familie. Å oppdra barn er som å lære seg å danse. Ved å være oppmerksom på partneren du danser med, vil du bli bedre til å danse, sier hun.

Montgomery vil at foreldre skal få innblikk i hva et barn kan og er i stand til i ulike aldre.

– Du kan ikke oppdra en trettenåring på samme måte som en treåring. Du må ha et forhold til alderen barnet står i, vite litt om barns utvikling, sier hun.

Hun tror langsiktighet er et stikkord i oppdragelsen:

– Skjøenner du hvor langsomt et barn utvikler seg, blir du mer tålmodig. Skjøenner du hvor mye som ikke handler om deg som forelder, men om

barnets egenutvikling, blir du mindre stresset og mindre opptatt av hva du gjør selv.

Noe av det viktigste når psykologer formidler til et bredere publikum, mener hun er å unngå å gi råd som kan brukes skadelig.

– Jeg har ikke samme kontroll som i terapirommet. Jeg risikerer å bli hørt for hardt og gjøre foreldrene til dårlige dansepartnere i familielivet, sier hun.

Det går sjelden en dag uten at hun leser en forskningsartikkel.

– Psykologifaget er et overflødigshorn av kunnskap. Ny kunnskap tilflyter oss hele tiden, ikke minst fra hjerneforskningsfeltet. Men det slår meg også i hvor stor grad for eksempel Jean Piaget hadde rett, sier hun.

Åse Gruda Skard-prisen utdeles årlig av Norsk psykologforening for arbeid som innebærer nye måter og virkemidler for å spre psykologisk kunnskap og innsikt.

Les hele intervjuet på psykologtidsskriftet.no

AKTUELT PÅ NETT:

Fant kjønnsforskjeller

Systemet for å diagnostisere dataspillavhengighet er fortsatt ufullstendig, og slår annerledes ut for gutter enn jenter, viser forskningen til Turi Reiten Finserås. Under Psykologikongressen 2021 ble hun belønnet med prisen Årets doktorgrad.

TEKST Per Halvorsen

Finserås, som er førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen, har blant annet sett på de psykometriske egenskapene til en test som brukes for å diagnostisere pasienter med Internet Gaming Disorder (IGD) etter kriteriene i diagnosemanualen DSM-5. Et av diagnosekriteriene er toleranse; det at man må spille stadig mer for å oppnå samme grad av tilfredsstillelse. Det slo ut på jenter, men ikke på gutter.

– Vi fant altså klare kjønnsforskjeller: I motsetning til for jenter sier ikke toleransekriteriet noe om dataspillavhengighet hos gutter, sier Finserås.

– Hvordan forklarer du det?

– Vi kan foreløpig bare spekulere. Men det kan være at det er andre mekanismer som holder gutter i spillet. Det kan for eksempel være spilllets komplekse struktur eller hvordan belønningssystemet er bygget opp, sier Finserås.

Les hele intervjuet på psykologtidsskriftet.no

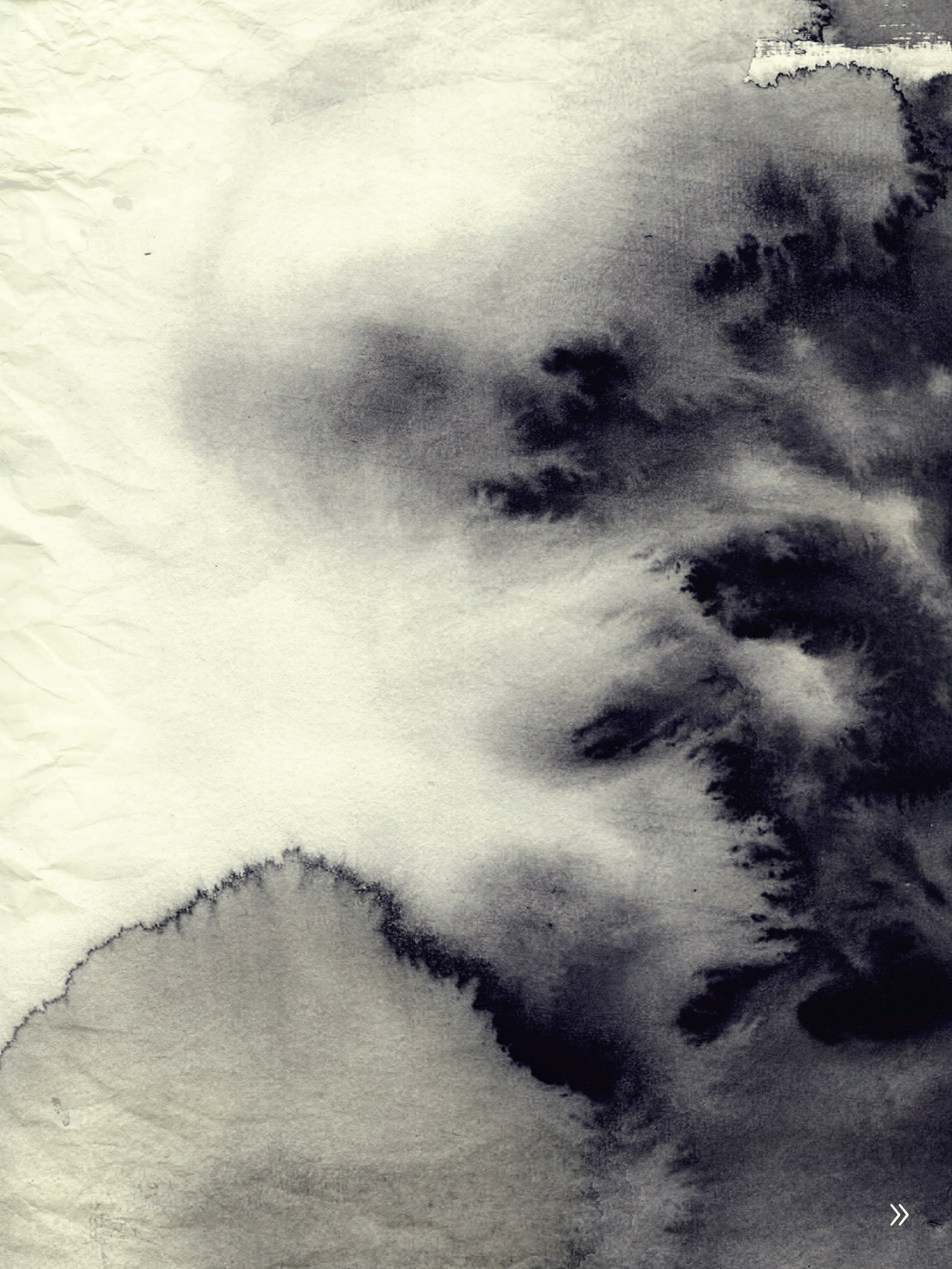
AKTUELT

Rorschach 100 år

Evidens eller eminense for Rorschach

Gamle Rorschach (100) får fremdeles fram følelser i folk.

TEKST Øystein Helmikstøl **FOTO** Nora Skjerdingsstad





TETT FORHOLD Førsteamanuensis Cato Grønnerød på Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo har holdt på med Rorschach-metoden i hele sin karriere.

– Jeg har hatt et langvarig og tett forhold til Rorschach-metoden

Cato Grønnerød, førsteamanuensis ved UiO

Rorschach-metoden er 100 år i år. Noen psykologer snakker ennå varmt om denne gamle personlighetstesten.

– Jeg har hatt et langvarig og tett forhold til Rorschach-metoden.

Slik omtaler førsteamanuensis Cato Grønnerød på Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo sitt forhold til Rorschach. Grønnerød er med i Testpolitisk utvalg i Norsk psykologforening og forteller at han har publisert en god del internasjonal forskning på metoden. Han har holdt på med Rorschach-metoden i hele karrieren, den er den metoden han selv mener han kan best. Nå i 2021 bruker han den i sakkyndighetsarbeid. I septemberutgaven av Psykologtidsskriftet publiserte Grønnerød et fagessay der han taler Rorschachs sak. Han tilbyr selv kurs om metoden.

100-årsdagen skal feires, og Grønnerød inviterer til kalas.

– Rorschach-foreningen inviterer til jubileumsseminar den 5. november på Psykologisk institutt i Oslo. Der blir det et historisk fokus.

Bursdagsfesten arrangeres i samarbeid med Psykologisk institutt og forlaget Hogrefe, som har lange tradisjoner for å selge Rorschach-testen. Psykologtidsskriftet har spurt Hogrefe om hvor mange Rorschach-tester de har solgt de siste årene. Det ønsker ikke forlaget å svare konkret på, men administrerende direktør og psykolog Elisabeth Bech skriver dette i en e-post til Psykologtidsskriftet:

– Salg av Rorschach og andre projektive metoder har generelt tapt terreng for andre testmetoder som vi selger til kliniske psykologer som opererer i Norge, og vi ser foreløpig ingen oppadgående trend i bruken av disse metodene.

Den norske Rorschach-forening ble stiftet i 2012, med Grønnerød som leder.

- Det er en veldig liten, men aktiv gruppe.
- *Hva vil det si?*
- Vi er vel en seks-sju stykker som er aktive.

Grønnerød vedgår at det ikke er en stor og sterk bevegelse som går i bresjen for Rorschach i Norge, internasjonalt er Rorschach relativt sett mye mer i bruk. Han håper likevel det skal bli lett for de som ønsker det, å bli med på feiringen av hundreåringen.

- Vi skal streame arrangementet.

ARV ETTER BAUTA

Professor emeritus Ellen Johanne Hartmann i klinisk psykologi på Psykologisk institutt ved UiO har vært sentral i å bygge opp Rorschach-miljøet i Norge, ifølge Cato Grønnerød. Hartmann har veiledet hovedoppgaver og doktoravhandlinger i en årrekke. Det var også hun som veiledet Grønnerøds hovedoppgave og doktoravhandling, der han så på noen psykometriske egenskaper ved Rorschach-metoden.

- Så det er vel jeg som tar opp arven nå, sier Grønnerød.

Ellen Hartmann forteller at hun ble opplært i Rorschach av bautaen Bjørn Killingmo. Hun var Killingmos assistent, han tilhørte den første generasjon kliniske psykologer i Norge og skrev blant annet en sentral lærebok om Rorschach¹. Da Hartmann begynte å undervise, først i Bergen på 70-tallet, deretter i Oslo gjennom store deler av 80-tallet og i Tromsø på 90-tallet, var det obligatorisk undervisning i Rorschach, forteller Hartmann.

- De fleste studenter syntes at Rorschach virket som en psykologisk interessant metode.

Nå er det andre tider. Slik beskriver hun status for Rorschach-metoden i Norge i dag:

- Sørgelig.

Hva tror du er årsaken til den lave statusen?

- Noen har mange fordommer mot Rorschach, selv om den forskningsmessige statusen for metoden aldri har vært bedre. I tillegg har vi hatt en ledelse ved instituttet, særlig etter at jeg sluttet, som mer og mer har begrenset mulighetene for undervisning i Rorschach.

FESTBREMSER

Det finnes psykologer som ikke skal på Rorschach-festen. De har ikke et kjærlig forhold til bursdagsbarnet. En av dem er psykolog Rolf Marvin Bøe Lindgren.

- Man bør ikke få et for intimt forhold til en test, et slikt forhold fører fort til at du forsvarer den uansett. Du bør dumpe en test hvis det kommer andre tester som er bedre.

Lindgren har holdt på med personlighetstester i snart 30 år og tilbyr både coaching og kurs til private og bedrifter gjennom sitt eget selskap. Selv skjuler han på ingen måte sin begeistring for The Big Five, eller Femfaktormodellen.

- Det er en metodologi og tenkemåte som har vist seg å være veldig nyttig, og det er mye forskning som støtter det. Men jeg dumper jo The

.....

1. Killingmo, B. (1980). *Rorschachmetode og psykoterapi. En egopsykologisk studie*. Universitetsforlaget.



RORSCHACH-KRITISK Du bør dumpe en test hvis det kommer andre tester som er bedre, mener psykolog Rolf Martin Bøe Lindgren, som har holdt på med personlighetstester i snart 30 år. Foto: Grendel

Rorschach i 100 år

- Rorschach-metoden fyller 100 år i år.
- Testen består av ti planser med bilateral symmetriske blekkklatter.
- Testen er faglig omdiskutert, men er ifølge testforlaget Hogrefe mye brukt innenfor barne- og voksenpsykiatri, i rettspsykiatrien og i yrkesvalg situasjoner.
- Metoden skal gi et bilde av et individs subjektive opplevelsesverden og de problemløsningsstrategier individet bruker.
- Rorschach-testen er i årenes løp blitt en metafor på subjektivitet; alle oppfatter ting forskjellig, det finnes ingen fasit.

Kilder: Snl.no, Hogrefe.no, NRK.no, Psykologtidsskriftet.no.



SKEPTISK At noe er tradisjonsrikt og brukt av mange, betyr ikke at det er tungt forskningsbasert belegg for bruken av det, sier Kjetil Fjell. Han er nevropsykolog ved BUP, Kristiansund sykehus. Foto: Privat

Big Five hvis noen viser meg en test, et rammeverk eller en modell som er bedre.

Psykologspesialist Kjetil Fjell er nevropsykolog og jobber mye med testing på BUP ved Kristiansund sjukehus. Han er opptatt av psykometri og hvorvidt vi kan være sikre på at tester måler det de påstår at de måler.

– Jeg har fulgt med i debatten om Rorschach, og jeg har lest Grønnerøds fagessay om Rorschach, der han mener at metoden er tungt forskningsbasert. Men essayet hans blander sammen *eminense* og *evidens*.

At noe er tradisjonsrikt og brukt av mange i mange år, understreker Fjell, betyr ikke at det er tungt forskningsbasert belegg for bruken av det.

– Det er mange gjengangere i feltet vårt som bruker Rorschach, og det finnes nestorer og bautaer, eminenser om du vil, som er svært entusiastiske for metoden. Men det betyr ikke at den har forskningsmessig evidens, og jeg foretrekker å hvile meg på evidens, ikke eminense, sier Fjell.

HISTORIEN

Sveitseren Hermann Rorschach ble født i 1884 og døde for 99 år siden. Det er denne freudianske psykiateren som fant opp den projektive testen som har fått hans navn, ifølge Wikipedia. Men allerede her er det strid blant fagfolk: Flere Rorschach-entusiaster *Psykologtidsskriftet* har snakket med, vil verken kalle Hermann Rorschach «freudiansk» eller Rorschach-testen «prosjektiv».

– Rorschach hadde en eksperimentell holdning til tester. Og nyere Rorschach-forskere kaller testen en performance-basert metode, det vil si at den bygger på faktisk observert adferd og kommunikasjon hos den som blir testet, sier Ellen Hartmann.

Rorschach-metoden går ifølge førsteamanuensis Ingunn Skre på Institutt for psykologi ved Universitetet i Tromsø ut på «at klienten blir forelagt ti plansjer med «blekk-klatter», noen i sort-hvitt, andre i farger, og så bes om å fortelle hva de forestiller eller minner om», skriver Skre på snl.no. Hun påpeker at metoden er kritisert for å være upålitelig som diagnostisk metode.

Den er heller ikke ment å være en diagnostisk metode, ifølge Cato Grønnerød.

Her er hans fortelling om Rorschachs opp- og nedturen gjennom hundre år:

Fram til 30- og 40-tallet ble Rorschach-metoden veldig mye brukt. På 50- og 60-tallet var den nærmest synonym med klinisk psykologi.

– Det ble mange subjektive vinklinger på metodebruken. Testen hadde et svakt psykometrisk grunnlag. Den ble mye brukt rent klinisk, hypotetiserende og utforskende, sier Grønnerød.

Et skifte kom med skåringssystemet *The Comprehensive System* av den amerikanske psykologen John E. Exner, ifølge Grønnerød. Han standardiserte administrering, skåring og tolkning av testen. Exner ryddet opp i mange av manglene, blant annet i normdataene, sier Grønnerød. Det førte til mye forskning og økt bruk.

– Nedturen kom rett etter årtusenskiftet, da Rorschach generelt og *The Comprehensive System* spesielt fikk mye kritikk. En del av kritikken var berettiget, sier Grønnerød.

– *Hvorfor var den berettiget?*

– Kritikken var mye mot normdataene. Normene var blant annet for smale, det var i hovedsak snakk om hvite amerikanere. Normdatagrunnlaget har etter dette blitt utvidet, nå inkluderer det flere tusen personer fra hele verden. Noe av kritikken gikk også på reliabilitet, det handlet

mye om kvaliteten på selve administreringen av Rorschach-testen, altså standardiseringen. Den er også forbedret, den var for variabel.

Grønnerød vedgår at det er det han omtaler som «enkelte variabler», som har vist seg ikke å holde mål, for eksempel indekser som skulle fange opp schizofreni og depresjon.

– I det nye systemet som jeg jobber mye med, det heter R-PAS, er disse tatt ut. Der fokuserer man på de variablene som har vist seg å ha god empirisk støtte.

Grønnerød mener det er synd at mange bare har fått med seg kritikken av Rorschach, og ikke svarene på kritikken og det han mener er en stor mengde forskning og utvikling som har skjedd de siste tjue årene.

– Selv de argeste kritikerne fra den gang sier nå at Rorschach-metoden er en reliabel og valid metode, sier Grønnerød.

BRUK OG EVIDENS

Psykologtidsskriftet har spurt Helsedirektoratet om deres syn på Rorschach-metoden, om det finnes noen anbefalinger om bruk av denne testen, og om de vet hvor mye eller lite den er brukt.

Avdelingsdirektør Torunn Janbu svarer at de verken har anbefalinger vedrørende bruk av Rorschach eller har gjort vurderinger av testen.

– Vi kjenner heller ikke til kartlegginger med hensyn til hvorvidt den fortsatt er i bruk.

Janbu henviser til helseforetakene. Det regionale helseforetaket Helse Nord opplyser at de har fått tilbakemelding fra tre av fire sykehusforetak om bruk av Rorschach. Tilbakemeldingene er at Rorschach ikke er regelmessig i bruk i pasientbehandling. Det rapporteres om et forskningsprosjekt som benytter Rorschach. Kommunikasjonsavdelingen understreker at tilbakemeldingen er basert på en forespørsel de har gjort til helseforetakene i regionen, med kort svarfrist.

Rorschach-metoden har ifølge Cato Grønnerød vært blant de fire mest brukte i verden fram mot 80-tallet, men bruken har fra da blitt redusert.

– Vi er i ferd med å publisere en undersøkelse av hvor mye ulike tester blir brukt blant norske psykologer, og der ligger Rorschach på 18. plass, forteller Grønnerød.

– *Hva er det egentlig testen prøver å finne ut?*

– Rorschach-metoden er en problemløsningsoppgave som sier noe om hvordan vi tar inn og bearbeider informasjon. Dette involverer persepsjon, kognitive prosesser, emosjons-

regulering, selvbildet og kvaliteten på relasjoner. Metoden er spesielt følsom for forstyrrelser i realitetstesting og avvikende tankeprosesser, men også selvopplevelse og opplevelsen av andre er viktige områder som kan belyses.

– *Men hvor solid er egentlig det vitenskapelige grunnlaget?*

– Det er solid. Ingen andre metoder har så mange metaanalyser å vise til, som undersøker reliabilitet og validitet i ulike skalaer, som det Rorschach-metoden har. Resultatene fra disse metaanalysene viser at Rorschach-metoden er like god som andre metoder, det er ingen grunn til å kritisere den spesielt. Alle metoder har svakheter, inkludert Rorschach-metoden, sier Grønnerød.

Det er likevel uenighet om det vitenskapelige grunnlaget for Rorschach. Nevropsykolog Kjetil Fjell er blant kritikerne:

– All forskning jeg har lest, viser at de psykometriske verdiene til såkalte projektive tester, som jo inkluderer Rorschach, er svært dårlige.

Fjell frykter at når behandlere bruker det han omtaler som tester med dårlige psykometriske verdier, gir de klinisk skjønn eller rett og slett *synsing* autoritet dette ikke skal ha.

– Min lesing av forskningen på Rorschach er at vi ikke kan stole på at den måler det den skal måle.

Når Psykologtidsskriftet spør Kjetil Fjell om det finnes tilfeller der Rorschach kan fungere, begynner han å le.

– Nei. Eller, jo. Jeg har hørt at noen har brukt Rorschach som et redskap til å snakke med pasientene. Men hvis vi skal snakke med pasientene, tror jeg det er lurerer å legge vekk testene våre, og møte folk der de er.

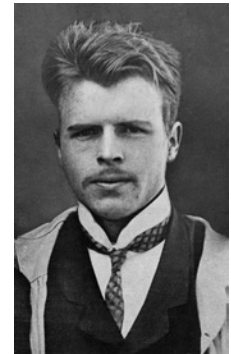
Rolf Marvin Bøe Lindgren resonnerer i samme gate.

– Jeg vet at enkelte terapeuter jeg har respekt for, har klinisk nytte av Rorschach som hypotese-genererende. Men hypotesene er såpass usikre at terapeuten hele tiden må vurdere det Rorschach viser, opp mot hvordan klienten faktisk framstår.

Det er ifølge Lindgren et problem med forskningen på Rorschach at de som bruker metoden, ikke forholder seg til alminnelig anerkjente vitenskapelige begreper.

– Rorschach-entusiaster har et eget språk. Det forkludrer forskningen. Det forkludrer vitenskapelig innsyn.

Lindgren trekker en parallell til personlighetstesten MMPI.



DØD, MEN LEVER

Den sveitsiske psykiateren Hermann Rorschach er opphavet til en psykologisk test som bærer hans navn. Testen er i bruk og omdiskutert, 100 år etter at den ble publisert. Foto: Wikipedia

– Hvis jeg skal vurdere en utredning basert på en MMPI, så følger den et anerkjent vitenskapelig språk. Jeg trenger ikke å ha et kurs i MMPI for å lese og forstå en MMPI-vurdering.

Kontrasten er stor til Rorschach, mener Lindgren.

– Skal man kritisere en utredning basert på Rorschach, må man ha kjennskap til psykoanalytisk tenkning og metode, som du rett og slett ikke kan forvente at folk har. Det gjør Rorschach vanskelig å kritisere. Ting betyr noe annet for en Rorschach-kjenner enn for andre. De kan forandre målet hele tiden.

Cato Grønnerød synes det er vanskelig å argumentere imot det vitenskapelige grunnlaget for Rorschach-metoden. Andre metoder som blir mye brukt, har færre uavhengige studier og analyser som viser at de er like gode, mener han.

– Det finnes lignende metoder som Rorschach, for eksempel Thematic Apperception Test (TAT), men de er ikke i nærheten av å ha like høy vitenskapelig status.

At Grønnerød trekker inn TAT, synes Lindgren er fascinerende.

– Du forsvarer da ikke en dårlig test ved å vise til at det finnes andre tester som er enda dårligere.

Lindgren mener at selv om det finnes svært mye dokumentasjon og forskning på Rorschach, betyr ikke det nødvendigvis at testen er god, det handler om at testen er gammel.

– Man forveksler mengde forskning med god dokumentasjon, mener Lindgren.

– *Hvorfor mener du at Rorschach ikke bør brukes klinisk?*

– Den kliniske dokumentasjonen er altfor sprikende. Det teoretiske grunnlaget har ikke tilstrekkelig troverdighet. Og språkføringen gjør at det er vanskelig for folk som ikke er inn i akkurat den tenkemåten å forstå en Rorschach på.

FORSKNINGSKONTROVERSER

Psykologtidsskriftet har spurt Cato Grønnerød om han kan oppgi hvilke to-tre artikler, gjerne så ferske som mulig, han mener underbygger det vitenskapelige grunnlaget for Rorschach. Han viser først til tre artikler han mener er sentrale for å forstå Rorschach-metodens status: En offisiell uttalelse fra Society for Personality Assessment², en metaanalyse av Joni Mihura og kolleger³ og en artikkel av Aaron J. Kivisto og kolleger om rettsmedisinsk bruk⁴.

Ingen av artiklene imponerer Lindgren.

– Mihura har for det første økonomiske interesser i Rorschach-metoden. En artikkel⁵ av henne i 2019 hevder at Rorschach-metoden nå er den

.....

2. 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, DOI: 10.1207/s15327752jpa8502_16
3. 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>
4. Kivisto, A.J., Gacono, C., & Medoff, D. (2013). Does the R-PAS Meet Standards for Forensic Use? Considerations with Introducing a New Rorschach Coding System. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 13(5), 389-410, DOI: 10.1080/15228932.2013.838106
5. Mihura, J.L. (2019). Correcting Smith et al.'s (2018) criticisms of all Rorschach studies in Mihura, Meyer, Dumitrascu, & Bombel's (2013) Meta-Analyses. *Rorschachiana*, 40, 169-186. <https://doi.org/10.1027/1192-5604/a000118>

mest granskede og best dokumenterte psykologiske vurderingsmetoden som finnes. Det ble tilbakevist av Joseph Smith⁶ i fjor.

Lindgren på sin side viser til boken *What's Wrong With The Rorschach*⁷ av fire amerikanske psykiatri- og psykologiprofessorer.

Forfatterne har undersøkt mer enn femti års forskning og hevder å dokumentere at Rorschach har relativt liten verdi for å diagnostisere psykisk sykdom, vurdere personlighet, forutsi atferd eller avdekke seksuelle overgrep eller andre traumer. Ifølge utgiver (i Psykologtidsskriftets oversettelse) avslører forfatterne «de sterke psykologiske, økonomiske og politiske kreftene som fortsetter å støtte Rorschach til tross for forskningen som har avslørt dens mangler og farer».

RORSCHACH I RETTEN

Cato Grønnerød ønsker at Rorschach-metoden skal bli vurdert brukt i rettspsykiatrisk og rettspsykologisk sakkyndig arbeid for å vurdere tilregnelighet. Han mener Rorschach-metoden er godt egnet til å vurdere svikt i realitetsvurdering og forstyrret tenkning.

– Det er et samsvar mellom en del av det vi skal vurdere, og det denne metoden er god på, der er det en god match. Dermed burde det være plass til å bruke den. Men jeg vet at det er stor skepsis og motstand mot å bruke den, sier han.

Psykologspesialist Svein Øverland leder Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS) og understreker at de generelt er opptatt av at de sakkyndige skal beherske mange og ulike metoder slik at de kan gjøre sakkyndige vurderinger av høy kvalitet knyttet til blant annet ulike lovbrudd, psykologiske tilstander, alder, kultur.

– NERS gir derimot ingen føringer på hvilke metoder de sakkyndige velger. De sakkyndige i NERS' oversikt må godkjennes ut fra særskilte krav, men er ikke spesifikk på metoden som brukes i den enkelte sak. De sakkyndige i vår oversikt har for øvrig gjennomgått et utdanningsprogram, og de blir der

.....

6. Smith, J., Gacono, C., Fontan, P., Cunliffe, T., & Andronikof, A. (2020). Understanding Rorschach Research: Using the Mihura (2019) Commentary as a Reference. *SIS J. Proj. Psy. & Ment. Health* 27, 71-82.
7. Wood, J.M., Nezworski, M.T., Lilienfeld, S.O., & Garb, H.N. (2011). *What's Wrong With The Rorschach*. *Science Confronts the Controversial Inkblot Test*. Jossey-Bass.

godt kjent med at Den rettsmedisinske kommisjon kan ha innspill på metodebruk, og at begrunnelse av metode ofte blir tema i den rettslige behandlingen.

Nevropsykolog Kjetil Fjell er i første omgang ikke like diplomatisk.

– Det høres ut som en risikosport å bruke Rorschach, en projektiv test, til å vurdere hvorvidt folk er tilregnelige eller ikke.

Fjell påpeker at tilregnelighetsspørsmålet rettslig sett er veldig nøye definert.

– Noe går på intelligens, som Rorschach ikke måler, selv om jeg vet at det finnes folk som feilaktig mener at den kan måle det også. Det andre er å vurdere om det foreligger en så alvorlig psykisk lidelse at de ikke er beslutningsdyktige. Men den kan muligens brukes til å avdekke alvorlig psykisk sykdom, ifølge relativt ny forskning⁸, i alle fall om den brukes som en del av en større kartlegging av observanden.

Lindgren mener Rorschach ikke har noe å gjøre i retten og viser til konklusjonen i fagartikkelen⁹ som Cato Grønnerød mener underbygger det vitenskapelige grunnlaget for Rorschach.

– Hvis du leser abstract, konkluderer selv forfatteren med at Rorschach ikke bør brukes i sakkyndig arbeid. Hvordan Rorschach-entusiaster klarer å lese det annerledes, forstår jeg ikke.

Cato Grønnerød mener dette er feil.

– Forfatterne argumenterer for bruk av Rorschach-metoden i retten, men da med skåringssystemet CS framfor R-PAS. Diskusjonen går på hvorvidt normene som ligger til grunn for R-PAS er gode nok, og det kan man for så vidt godt diskutere.

Metoden har ifølge Grønnerød blitt brukt i flere tiår i rettsaker i USA, under strenge krav til etterrettelighet og ryddighet.

– Det gjelder også når den skal brukes i norske rettsaker. Jeg ønsker ingen revolusjon, jeg påpeker kun samsvaret mellom det metoden gir av informasjon og det som i mange tilfeller skal vurderes.

Grønnerød opplyser at det er en artikkel av Mihura og kolleger¹⁰ han mente å vise til, ikke artikkelen av Kivisto og kolleger, som Lindgren kritiserer.

I FORSVARET

Cato Grønnerød forteller at han var ansatt i Forsvaret i 2004–2005, der han var med på et prosjekt der de testet ut bruk av Rorschach i seleksjon av marinejegere.

– Testene viste gode resultater, sier Grønnerød.

Ellen Hartmann sier at hun var leder av prosjektet.

– Vi klarte å predikere ganske mange av de marinejegerne som kom igjennom til opptaksuken og fikk tilbud om å bli marinejegere, mens det

– Den kliniske dokumentasjonen er altfor sprikende. Det teoretiske grunnlaget har ikke tilstrekkelig troverdighet

Rolf Martin Bøe Lindgren, psykolog

.....

8. Archer, R.P., & Gordon, R.A. (1988). MMPI and Rorschach Indices of Schizophrenic and Depressive Diagnoses Among Adolescent Inpatients, *Journal of Personality Assessment*, 52(2), 276–287, DOI: 10.1207/s15327752jpa5202_9
9. Kivisto, A.J., Gacono, C., & Medoff, D. (2013). Does the R-PAS Meet Standards for Forensic Use? Considerations with Introducing a New Rorschach Coding System, *Journal of Forensic Psychology Practice*, 13(5), 389–410, DOI: 10.1080/15228932.2013.838106
10. Mihura, J. L., Bombel, G., Dumitrascu, N., Roy, M., & Meadows, E. A. (2019). Why We Need a Formal Systematic Approach to Validating Psychological Tests: The Case of the Rorschach Comprehensive System. *Journal of Personality Assessment*, 101(4), 374–392. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1458315>

»

var null prediksjon med The Big Five. Vi skrev to artikler¹¹ om dette, men det ble etter hvert motstand mot Rorschach fra Forsvarets side, sier Hartmann.

Grønnerød havnet i en strid med Forsvaret om personlighetstesting av jagerflypiloter.

– *Gjaldt striden den gangen databehandling og samtykke, eller var det også motstand mot å bruke Rorschach, Grønnerød?*

– Det var uenigheter rundt ansvaret for databehandling og samtykke, men det var nok også en blandet innstilling til Rorschach i Forsvaret.

– *Hva vil du si om konklusjonen av Rorschach og seleksjon i Forsvaret?*

– Forsvaret brukte ikke Rorschach til selve seleksjonen, og den praktiske implementeringen ville nok vært utfordrende. Det tar tid å bruke metoden, men datamessig virker det oppløftende. Selvrapport, i alle fall i våre data, viste seg å ikke predikere noe som helst. Med Rorschach får du data som personen selv ikke alltid har så god innsikt i, det kan være nyttig i seleksjon, svarer Grønnerød.

Sjefpsykolog i Forsvaret Ole Christian Lang-Ree opplyser til Psykologtidsskriftet at han ikke kan si noe om perioden Cato Grønnerød var engasjert, da dette er langt tilbake i tid og før han selv jobbet fast i Forsvaret. Lang-Ree sier at det i dag er fire psykologer som støtter alle Forsvarets avdelinger med seleksjon. Rorschach brukes ikke i seleksjon i Forsvaret i dag.

– *Du mener Rorschach er uegnet?*

– Ja. Ut fra en kost/nytte-vurdering. Vi driver ikke med testing av enkeltpersoner, vi driver med gruppebaserte tester. Vi har ikke psykologer som kan sitte og ta opp Rorschach-protokoller.

– *Har du sett noen studier som har gjort at du har tenkt at det ville være interessant å prøve Rorschach i Forsvaret?*

– Ikke i den grad at vi ser at det er grunnlag for å bruke Rorschach-metoden i seleksjon, nei.

Cato Grønnerød er ikke overrasket over at Rorschach vekker både entusiasme og anti-

.....

11. 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, 254–264. Hartmann, E., Sunde, T., Kristensen, W., & Martinussen, M. (2003). Psychological measures as predictors of military training performance. *Journal of Personality Assessment*, 80, 87–98.



SENTRAL Professor emerita Ellen Hartmann ved Universitetet i Oslo har vært sentral i å bygge opp Rorschach-miljøet i Norge.

patier blant kilder Psykologtidsskriftet har kontaktet om Rorschach-metoden.

– *Hvorfor tror du Rorschach vekker sterke følelser, på godt og vondt?*

– Mange blir fascinert av det innblikket man kan få i en persons indre liv gjennom metoden, det vet jeg mange opplever som faglig svært meningsfullt og hjelpsomt. En del av de sterke følelsene imot tror jeg preges av hegemoniske ideer om hva vitenskap kan og ikke kan omfatte.

– *Hva mener du er en edruelig tilnærming til metoden for kliniske psykologer?*

– All faglig utøvelse skal være edruelig og basert på beste tilgjengelige kunnskap, heller ikke der er Rorschach-metoden annerledes enn andre metoder, avslutter Grønnerød.

- Nyttig for terapeutens empati

I en ny studie om terapeutisk endring hos flyktninger brukte forskerne blant annet Rorschach. Testen hjelper terapeuten med å se verden fra den andres øyne, mener medforsker Ellen Hartmann.

ELLEN HARTMANN har sammen med forsker og klinisk psykolog Marianne Opaas i år fått publisert en Rorschach-psykoterapi-undersøkelse¹ om positive langtidsendringer i personlighetskarakteristika hos svært traumatiserte flyktninger som har gått i psykoterapi.

– Resultatene viste signifikante forbedringer fra terapistart til etter terapiavslutning på både Rorschach og tre selvrapporingstester, oppsummerer Hartmann.

Rorschach indikerte ifølge Hartmann at flyktningene var betydelig mindre overveldet og forvirret av traumatiske minner, mindre preget av tankeforstyrrelser, ulogisk tenkning, unøyaktig persepsjon og problemer med å forstå seg selv og andre, og at de hadde fått noe bedre mellommenneskelige relasjoner. Selvrapporingstestene viste betydelig nedgang i mentale helsesyntomer som angst, depresjon og posttraumatiske symptomer samt forbedring av ulike former for livskvalitet. I tillegg var det langt flere som kunne snakke norsk, og som var under utdanning eller i arbeid etter terapiavslutning.

– Men trass i disse positive terapieresultatene er det viktig å være klar over at flyktningene fortsatt i sitt dagligliv i Norge slet med langtidsvirkninger etter å ha vært utsatt for tortur, uverdige fengselsopphold og krigsopplevelser i hjemlandet og risikable og traumatiserende hendelser under sin flukt og vei frem til fast opphold i Norge.

– *Hvorfor er Rorschach-metoden god for traumatiserte flyktninger?*

.....

1. Opaas, M., & Hartmann, E.J. (2021). Traumatized Refugees in Psychotherapy: Long-Term Changes in Personality, Mental Health, Well-Being, and Exile Life Functioning. *Journal of Nervous and Mental Disease*. doi:10.1097/NMD.0000000000001396

– For dem selv er det ikke nødvendigvis bra, blekkflekkene i Rorschach-testen ble reaktiverende for noen flyktninger som var med i undersøkelsen. Én sa for eksempel at de minnet om slagmarker hen har sett, eller ødelagte mennesker etter eksplosjoner. Men for empatien til terapeuten er metoden veldig nyttig.

– *På hvilken måte?*

– Jeg skjønnte mye mer av hvordan det er å være traumatisert. Det er som å komme inn på netthinnen til folk, og se med deres øyne hvor forvirrende og skremmende verden kan for tone seg for dem, og hva som er vanskelig og slitsomt for dem.

– *Men kunne ikke du fått kunnskap om dette ved andre tester enn Rorschach?*

– Ikke så tydelig, og ikke så fort. Dette viser seg i måten den som blir testet, er på i testsituasjonen. Du får konkrete eksempler på hvordan de tenker, føler og handler når de skal svare på hva blekkflekkene kan være. Det ser du ikke på samme måten når personer krysser av på skjemaer.

Nevropsykolog Kjetil Fjell påpeker svakheter ved studien.

– Den har 22 pasienter som ikke er randomiserte. Studien er heller ikke avklarende om hvorvidt Rorschach er et godt verktøy eller ikke, men mener å ha funnet en signifikant korrelasjon mellom utfall på Rorschach og selvrapport.

Fjell understreker at ifølge hypotesen omhandlet ikke studien brukbarheten av Rorschach i arbeid med traumatiserte flyktninger.

– I stedet bruker den Rorschach som utfallsmål på bedring. Og den refererer til mye forskning som skal vise hvor god Rorschach er til å vurdere de trekkene de bruker, inkludert tidligere forskning. ✕

TEKST

Øystein Helmikstøl



SAMMENSATT I psykoanalytisk tenkning ser man psykiske lidelser som et resultat av en kombinasjon av underliggende motsetningsfylte følelser, udekkede relasjonelle behov og en nevrobiologisk sårbarhet. Akvarell: Samuel Joseph Brown, Jr. (*Self-Portrait*, ca. 1941) / The Met Museum

DEL 1:

Psykoanalyse i voksenpsykiatrisk poliklinikk

Hvordan kan psykoanalytisk teori være til nytte i arbeidet med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?

I VOKSENPSYKIATRISK POLIKLINIKK møter psykologer et bredt spekter av problemstillinger som skal avklares og eventuelt behandles. Uavhengig av henvisningsårsak kan man anslå at 30–40 % av pasientene i voksenpsykiatriske poliklinikker oppfyller kriterier for en eller flere personlighetsforstyrrelser (Korsgaard, 2019). Den hyppigst forekommende personlighetsforstyrrelsen er emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF) (Hersen & Turner, 2012). I det følgende presenterer jeg teori som jeg mener kan hjelpe oss å forstå bakgrunnen for symptombildet ved EUPF og hva som opprettholder det.

I neste nummer av dette tidsskriftet vil jeg gjennom en pasienthistorie beskrive intervensjoner og dimensjoner ved terapeutisk holdning. Jeg har i mitt arbeid med pasienter i poliklinikk ikke kunnet tilby pasienter psykoanalyse som behandlingsmetode. Allikevel har jeg funnet kunnskapen fra psykoanalysen nyttig som en del av behandlingen. Det gjelder både i kortere og lengre forløp, der behandlingen primært har vært rettet mot

komorbide symptomlidelser, og der personlighetsproblematikk har vært i forgrunnen for behandling.

TEORETISKE BIDRAG

Psykoanalysen omfatter både en teori om utvikling av personligheten, en teori om psykopatologi og en behandlingsmetode (Gullestad & Killingmo, 2013). Det vil hovedsakelig være bidrag fra førstnevnte som løftes frem her. Årsaken til at jeg velger å fokusere på EUPF, er både at det er den vanligste type personlighetsproblematikk vi møter som behandlere i psykisk helsevern, og fordi jeg synes psykoanalytisk teori har vært spesielt verdifullt når det gjelder å forstå kompleksiteten i disse pasientenes strev. Direkte årsaksforklaringer mellom teori og ett bestemt symptombilde finnes naturligvis ikke. Det vil dreie seg om høyst ulike veier inn i og ut av EUPF-symptomer gjennom de individuelle utviklingsløpene. Det som løftes frem, vil potensielt ha relevans for personlighetsforstyrrelser generelt, men jeg drøfter ikke dette nærmere.

TEKST

Linda Sandbæk,
psykologspesialist
ved Voksenpsykiatrisk
avdeling Vinderen,
Diakonhjemmet
Sykehus

KONTAKT

[linda.sandbaek@
gmail.com](mailto:linda.sandbaek@gmail.com)



Før vi ser nærmere på teoretiske bidrag, vil jeg kort se på hvordan psykoanalytisk tilnærming kan være et verdifullt tillegg til diagnostiske symptombeskrivelser. ICD-10 skiller mellom to undertyper av EUPF: impulsiv type og borderline type. Bortsett fra denne inndelingen som skiller mellom en mer impulsiv variant og en som hovedsakelig har vansker med usikker identitetsopplevelse og relasjoner, er diagnosen nokså lik i DSM-5 og ICD-10. De grunnleggende kjennetegn ved lidelsen som beskrives i begge diagnosemanualene, er et gjennomgående mønster av ustabilitet i relasjoner, selvbylde og affekt som begynner i tidlig voksen alder, og er til stede på tvers av situasjoner. I tillegg er tilbakevendende selvmordsatferd eller selvskading, kronisk tomhetsfølelse, forbigående paranoide tanker og problemer med regulering av sinne beskrevet. Pasienter vil ofte oppfylle kriteriene for mer enn en personlighetsforstyrrelse. Vanligvis er det komorbiditet med symptomlidelser, hvor angst, depresjon og rusmisbruk er de mest vanlige (Hersen & Turner, 2012).

HVORFOR MEG?

Hun havnet ofte i konflikter og situasjoner som gjorde at hun mistet arbeid og ikke evnet å slutføre prosjekter. Hun viste seg ved nærmere kartlegging å ha problemer med å akseptere autoriteter, ble lett fornærmet og hadde høye forventninger til hvordan kolleger og mennesker for øvrig burde se henne som person og forstå hennes behov. I terapien kom hun i kontakt med noe av sin underliggende skam og angst. Bak hennes kalde og noen ganger direkte slemme atferd overfor andre viste det seg en intens lengsel etter tilhørighet og etter at andre skulle se på henne som en god og akseptabel person.

Diagnose er et viktig struktur- og kommunikasjonsverktøy for behandlere og tilbyr pasienten et navn for og beskrivelse av sine plager. Pasienter har formidlet at det kjennes godt å vite at det finnes andre med lignende vansker som en selv, og at det å få en diagnose øker troen på at det er mulig å behandle problemene. En diagnose kan også gi mer konkrete fordeler som tilgang til behandling og trygdeytelser. Samtidig gir diagnosen begrenset informasjon, den betyr ikke at vi kjenner personens beveggrunner eller får vite hvordan vi kan hjelpe. Å forstå de underliggende mekanismene og funksjonen bak symptomer vektlegges innenfor psykoana-

lytisk tilnærming. Litt forenklet kan vi kalle det spørsmålet om «hvorfor meg». Jeg tror de fleste pasienter kommer til behandling med dette spørsmålet i tankene. I neste nummer av tidsskriftet vil jeg fortsette historien til kvinnen i eksempelet over og vise hvordan man kan arbeide med EUPF i poliklinikk. Jeg vil i det følgende løfte frem bidrag fra psykoanalytisk teori som kan gi terapeuten en dypere kunnskap om hvordan og hvorfor pasienten strever, som i sin tur vil kunne øke empati og evne til å gi meningsfull tilbakemelding via bekreftende intervensjoner og psykoedukasjon.

SYMPTOMER SOM OVERFLATE-INDIKATORER

I psykoanalytisk tenkning ser man psykiske lidelser som et resultat av en kombinasjon av underliggende motsetningsfylte følelser, udekkede relasjonelle behov og en nevrobiologisk sårbarhet. Symptomer sees på som overflate-indikatorer på bestemte forsvar mot følelser. I EUPF vil symptomene vanligvis forsvare en skjør personlighetsstruktur og mangel på positive følelser overfor en selv. Et stabilt selvbylde kan ikke opprettholdes i situasjoner med ekte eller innbilt avvisning, insensitivitet eller indre eller ytre trussel om å bli forlatt (McCullough et al., 2003).

Tilstedeværelsen av traumer har dokumentert sammenheng med personlighetsforstyrrelser. Det kan være seksuelle, emosjonelle og fysiske overgrep, men det kan også dreie seg om forsømmelse (Hersen & Turner, 2012). Innenfor psykoanalytisk tenkning er man opptatt av hvordan traumet fortolkes i en interpersonlig kontekst, hvor tilliten til andres empati blir svekket på et grunnleggende plan (Varvin, 2019). Når det gjelder forsømmelse og andre mindre synlige krenkelser, har man vektlagt at traumer også kan handle om hva personen ikke har fått, som manglende gode tilknytningserfaringer, omsorg og nærhet. Slike mangler kan resultere i udekkede lengsler og et skjørt selvbylde. Green (1986) beskriver «den hvite sorg»: en indre smerte som handler om at du vet at du gikk glipp av noe viktig i form av menneskelig kontakt, men du greier ikke riktig å gripe dette som du mangler og savner, du har ikke referansene til det. Green knytter denne smerten til barnets tidlige erfaringer med en følelsesmessig utilgjengelig omsorgsperson.

Hos Freud var menneskelig motivasjon hovedsakelig koblet til libido og aggresjon, mens nyere psykoanalytiske bidrag har kastet lys over menneskers relasjonelle behov. Sistnevnte kalles objektrelasjonsteori (Gullestad & Killingmo, 2013). Objektrelasjonsteori betegner ulike bidrag som har satt søkelyset på objektrelasjonens betydning i individets utvikling. En hovedforskjell mellom disse er i hvilken grad man fokuserer på den indre og den ytre verden (representert av henholdsvis Klein versus Bowlby). En annen hovedforskjell er i hvilken grad man eksplisitt har løst seg fra Freuds driftsperspektiv eller ikke, representert av Kohut versus Kernberg (Mitchell & Black, 1995). Jeg går ikke nærmere inn i denne teoretiske kompleksiteten her, men løfter frem bidrag jeg selv har funnet spesielt nyttige i arbeidet med EUPF.

BEHOVET FOR TILKNYTNING

Det er vist sammenheng mellom EUPF og utrygg tilknytning i barndommen (Hersen & Turner, 2012). Psykoanalytikeren Bowlby (1969, 1973) utviklet teorien om at mennesker har et biologisk behov for tilknytning (Gullestad & Killingmo, 2013). Spedbarnets disposisjon til å die, smile, gråte og følge etter ble beskrevet som tilknytningsatferd. Vanligvis vil tilknytningsatferden møtes med respons som trykker barnets tilknytningsbehov. Tilknytning

er koblet til utforskning. Barnet kan utforske verden når han vet at han kan vende tilbake til den trygge basen for emosjonelt påfyll. Uten en sikker base vil barnet utvikle en form for mistilpasning. Barnet kan bli overopptatt av omsorgspersonen og får ikke tatt i bruk omgivelsene der ute for egen del. Eller han vandrer uforsiktig ut i verden uten å se seg tilbake. Ved desorganiserte former for tilknytning ser vi en mangel på strategi. Barnet står i et spenn mellom sitt behov for tilknytning til omsorgspersonen på den ene siden og samtidig redsel for vedkommende på den andre. En frykt uten løsning.

Dersom behovet for trygghet ikke er oppfylt, kan pasienten for eksempel få panikk når terapeuten skal på ferie, eller har vansker med å forlate kontoret til avtalt tid (det kan selvsagt også være andre motiver bak denne type atferd). Vi kan også møte en person som har utviklet et forsvar mot tilknytningsbehov, og som virker i overkant selvtilstrekkelig. Andre igjen kan streve med tillit på et helt grunnleggende nivå. De er redde for at andre skal gjøre dem vondt, kan hende også for terapeuten. De desperate anstrengelsene for å unngå å bli forlatt som vi ser hos EUPF, kan forstås som en måte å sikre seg den livsviktige kontakten med andre på. Ofte pendler personen mellom to motsatte posisjoner: unngåelse og avvising av kontakt på den ene siden, og sterkt kontaktbehov på den andre.

Menneskers tilknytningsbehov forsvinner ikke. Det finnes alltid en tilknytning, men den behøver ikke være forankret i trygge og varme følelser. Selv når omsorgspersonen er fraværende eller mishandler barnet, vil barnet prøve å få omsorg der det er mulig. Dette kan være en tilnærming til å forstå ulike typer selvdestruktiv atferd som vi ser ved EUPF: Det utrygge oppsøkes aktivt fordi det paradoksalt nok kan gi en følelse av trygghet gjennom å sikre tilknytningsbåndet. Vi kan lettere forstå hvorfor en person gang på gang velger partnere og venner som ikke kan eller vil møte hans eller hennes behov. Vi kan se for oss hvordan barnet, og senere «barnet i den voksne», intensiverer sin tilknytningsatferd og går til ytterligheter som selvskading og selvmordsatferd for å bli hørt. Som en pasient uttrykte det: «Jeg må rope veldig høyt for å bli hørt.» Å møte en terapeut som kan formidle en forståelse forut for og parallelt med å finne alternative mestringsstrategier til ulike typer selvdestruktiv atferd, vil etter min erfaring være avgjørende for endring.

INTERNALISERING AV OBJEKTRELASJONER

I psykoanalyse refererer begrepet objektreasjoner til interne representasjoner av erfaringer og ikke til atferd som kan observeres direkte. Disse indre representasjonene påvirker i sin tur personens atferd. Internalisering brukes om prosessen som skjer når den enkelte «tar inn» miljøet og skaper indre representasjoner av dem. På et generelt plan refererer internalisering til en etablering av intrapsykiske strukturer som gjør barnet stadig mer uavhengig av at omsorgspersonene er konkret til stede. Mahler (1968, 1975) beskrev gjennom observasjon av mødre og barn en utvikling fra symbiose gjennom ulike faser på vei til objektkonstans. Objektkonstans betyr at barnets følelsesmessige forhold til moren har blitt en indre struktur som består relativt uavhengig av hennes fysiske nærvær og svingninger i barnets behov. Mahlers hypotese var at spedbarnet i begynnelsen opplever seg selv og moren som en. Denne fasen i utviklingen kalte hun symbiose. Morens kapasitet til «holding» og «primary maternal preoccupation» (Winnicott, 1956, i Mahler, 1968) er symbiosens organiserende krefter. Mahler observerte hvordan barnet gradvis separerte seg fra mor ved å protestere og distansere seg. Hvis gleden over voksende autonomi får lov til å domi-



Det utrygge oppsøkes aktivt fordi det paradoksalt nok kan gi en følelse av trygghet gjennom å sikre tilknytningsbåndet





En person med vakkende objektkonstans får problemer med å skille mellom hva som er egne følelser og hva som er andres

ner i samspillet mellom mor og barn, vil barnet lettere være i stand til å overvinne separasjonsangsten som følger av en stadig mer uavhengig fungering. Mahler observerte hvordan mor hjelper barnet i den gradvise differensieringen, på samme måte som fuglemoren hjelper fugleungen ut av redet, «the gentle push». (Mahler et al., 1975, s. 73). Den trygge forventningen moren utstråler når hun føler at barnet kan greie seg mer og mer på egen hånd, synes å være en viktig trigger for barnets egen følelse av sikkerhet.

Pasienter med EUPF veksler mellom å idealisere og devaluere i sine relasjoner. Vi ser en konflikt mellom distanse og nærhet. Dette kan forstås som at det på et indre plan ikke i tilstrekkelig grad er blitt etablert et skille mellom selv og objektrepresentasjoner. I neste utgave av dette tidsskriftet skal vi se på intervensjoner som kan bidra til å fremme slike utviklingsprosesser. Med en vignett vil jeg illustrere hvordan terapeuten kan forsøke å møte behovet for både tilknytning og separasjon hos pasienten.

En person med vakkende objektkonstans får problemer med å skille mellom hva som er egne følelser og hva som er andres. Selvhenføring og projeksjon (i alvorlige former paranoide tanker) kan forstås nærmere i lys av teori om individets intrapsykiske utvikling. Vi kan ved EUPF se oppfatninger som i liten grad samsvarer med andre menneskers opplevelse av samme situasjon. For eksempel kan terapeuten oppleves som avvisende eller utilstrekkelig basert på pasientens projeksjon av egne følelser (eg. usikkerhet, sinne, redsel). Slike projeksjoner har gjerne en viktig psykologisk funksjon for individet, for eksempel som en beskyttelse mot å føle seg alene og overlatt til seg selv ved å erfare egne følelser slik de er. Dette kan igjen henge sammen med en indre verden som i varierende grad greier å skille mellom selv og andre, og hvor stress forverrer vanskene. I møte med projeksjoner hvor terapeuten oppfattes som usikker, utilstrekkelig eller avvisende, kan det for eksempel hende at terapeuten blir usikker på om hun kan hjelpe pasienten, og på bakgrunn av dette henviser videre eller avslutter saken. Pasienten mister i så fall en mulighet til å kjenne på og bearbeide egne følelsesmessige reaksjoner.

Gjennom å være bevisst på det som utspiller seg i den terapeutiske relasjonen, kan en motivvirke alliansebrudd og frafall i terapi. Etter hvert kan pasienten trene på å oppfatte når projeksjonene aktiveres, og bruke dette som signal om at han trenger å redusere stress gjennom å ta vare på seg selv eller be om hjelp.

JEG ER INGEN

Tomhetsfølelse er et diagnostisk kriterium ved EUPF. Mange av disse pasientene opplever det som uutholdelig å være alene, å holde ut seg selv. *Jeg er ingen*, sa en av mine pasienter til stadighet. I tillegg til tilknytning har vi mennesker grunnleggende behov for følelsesmessig bekreftelse. For å utvikle et sammenhengende selv med evne til å føle er det avgjørende at barnets følelser blir sett og bekreftet av omsorgspersonen. Kohut beskriver det som «the gleam in the mothers eye», denne kvaliteten ved samspill hvor barnet føler seg velkommen i verden (Kohut 1971, i Gullstad & Killingmo, 2013). Stern (1985) skriver om ulike former for inntoning i samspillet og hvordan dette kan forstyrres. Barnet lærer hvordan han kan dele og eventuelt bli hjulpet med sine emosjonelle tilstander ut ifra responsene han får fra omverdenen.

I terapirommet kan vi møte pasienten som krever å bli sett på en spesifikk måte av terapeuten eller andre. Både språk og handlinger kan fortelle historier som vitner om ubekreftede deler av selvet. En av mine

mannlige pasienter med EUPF kom i behandling fordi han etter år med gjentatt utroskap hadde ønske om å leve i et stabilt parforhold og få barn. Han beskrev hvordan han følte seg umettelig på den type oppmerksomhet som nye kjærlighetsforhold innebærer. Han var oppvokst med en mor som periodevis slet med dype depresjoner, og som derav i vekslende grad kunne være tilgjengelig for ham. Han kunne etter hvert både minnes og oppleve avvisningen og forlatthetsfølelsen fra den gang og knyttet dette til hvordan han oppsøkte nye kvinner som kunne bekrefte hans mannlighet og person. Senere fant han mer varig reparasjon av sine barndomsferinger gjennom et stabilt parforhold.

Winnicott (1960) beskriver de tidlige stadiene av å utvikle et sant selv i motsetning til et falsk selv, der ekte følelser og tanker må holdes skjult for omverden. Å oppleve at ens indre verden kan deles med en annen, er en forutsetning for psykologisk intimitet. Utforskning handler ikke bare om å bevege seg fysisk ut i verden, men også om å utforske seg selv og andres indre verden (Gullestad & Killingmo, 2013). For en person med utrygg tilknytning og varierende evne til å skille mellom egne og andres følelser blir det en tidvis skremmende og forvirrende søken etter mening. For mange med personlighetsforstyrrelse blir terapirommet den første erfaringen av å dele emosjonelle og personlige erfaringer med en annen person, i stedet for å handle eller projisere ut følelser.

OPPSUMMERENDE BETRAKTNINGER

Jeg skrev innledningsvis at diagnoser, til tross for at de kan være viktige i kommunikasjons-sammenheng og som strukturerende verktøy, ikke utdypes i tilstrekkelig grad individuelle utviklingsveier inn i og ut av de symptomene de beskriver. De sier lite om det spørsmålet som ofte opptar våre pasienter: «Hvorfor meg?» I denne teksten har jeg løftet frem bidrag fra psykoanalytisk teori som jeg selv har funnet nyttige i poliklinisk arbeid med EUPF. Vi har blant annet sett at pendling

mellom nærhet og avstand i nære relasjoner, mellom idealisering og devaluering, kan forstås som uttrykk for manglende objektkonstans. Terapeutens teoretiske kunnskap blir også etter hvert internalisert som en del av hans eller hennes forut-forståelse. Både gjennom egen praksis og som veileder har jeg sett hvordan psykoanalytisk teori kan øke terapeutens gjenkjennelse av og derav evne til å formidle grunnleggende menneskelige erfaringer. Kunnskapen blir et repertoar av tilgjengelige språklige verktøy, bilder og metaforer som kan hjelpe terapeuten å hente frem empati i det indre, og demonstrere sin forståelse gjennom validerende og psykoedukative intervensjoner i det ytre. Min påstand er at dette, uavhengig av komorbid symptomlidelser og hvilken annen behandlingsmetode som brukes, vil kunne ha en spesielt stor verdi for det problemkompleks vi typisk ser hos EUPF. Vekslingen mellom å validere og å tilby problemløsende strategier er en gjennomgående balansekunst i alt psykoterapeutisk arbeid. Der hvor fundamentet for trygghet i kontakt med andre stadig vakler, blir denne balansen spesielt viktig, og teoretiske bidrag som kan øke vår kapasitet til å forstå likeså.

Alle pasienteksempler er helt eller delvis konstruert for å bevare anonymitet. ✖

REFERANSER

- Bowlby, B. (1969). *Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, B. (1973). *Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Green, A. (1986). *Private madness*. London: Karnac Books.
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hersen, M. & Turner, S. M. (2012). *Adult psychopathology and diagnosis*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Korsgaard, H. O. (2019). *Alvorlige personlighetsforstyrrelser*. I faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri, Legeforeningen.no. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne-og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-2-tilstands-bilder-kapitlene-er-oppsett-etter-inndeling-i-icd-10/alvorlige-personlighetsforstyrrelser/>
- Mahler, M. S. (1968). *On Human Symbiosis and the vicissitudes of individuation*. London: Hogarth Press.
- Mahler, M. S., Pine, F. & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant. Symbiosis and Individuation*. New York: Basic Books.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf J. & Hurley, C.L. (2003). *Treating affect phobia. A manual for short term dynamic Psychotherapy*. London: The Guilford Press.
- Mitchell, S. A. & Black, M. J. (1995). *Freud and Beyond*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the infant*. New York: Basic Books.
- Varvin, S. (2019). Det kliniske møte med overlevere etter menneskerettighetsovergrep. I Stänicke, E., Strømme H., Kristiansen S. & Indrevoll Stänicke, L. (red.), *Klinisk tenkning og psykoanalyse* (s. 141–164). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Winnicott, D. W. (1960). Ego distortions in terms of true and false self. I D. W. Winnicott (red.), *The maturational process and the facilitating environment* (s. 141–152). London: Karnac Books.

ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2021 VOL. 58 NR. 10 S. 848-854 DOI: <https://doi.org/10.52734/N27qU88p>

Utredning av autismespekterforstyrrelser i BUP

- Hvor godt samsvar er det mellom instrumenter og endelig klinisk diagnose?

Hans Jørgen Berntsen¹, Beate Ørbeck², Kristin Romvig Øvergaard^{2,3}

¹ Akershus universitetssykehus, BUP Øvre Romerike
² Oslo universitetssykehus, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Avdeling for forskning og innovasjon
³ Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk medisin

KONTAKT

berntsen944@gmail.com

MERKNAD

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter

FAGFELLEVDERT**Sammendrag**

Bakgrunn: The Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview (3Di) og Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2) kan være nyttig når man vurderer autismespekterforstyrrelse (ASF), men nøyaktigheten til det norske 3Di intervjuet er ikke kjent.

Metode: Vi undersøkte hvor nøyaktig 3Di og ADOS-2 klassifiserte klinisk diagnostisert ASF hos 130 deltakere (gjennomsnittsalder 11 år).

Resultater: Vi fant akseptable verdier for hvor nøyaktig 3Di og ADOS-2 var til å skille mellom barn med og uten ASF (sensitivitet/spesifisitet > 70 %). Høyest nøyaktighet ble oppnådd når begge instrumenter klassifiserte at ASF var til stede (positive prediktive verdi = 17.12), men da falt sensitiviteten (54 %).

Konklusjoner: 3Di er et nyttig diagnostisk intervju når man vurderer ASF, og mest nøyaktig når det kombineres med informasjon fra ADOS-2. Klinikere bør være oppmerksomme på at noen barn med ASF ikke blir fanget opp hvis det kreves at begge instrumenter skal klassifisere diagnosen.

Nøkkelord: Autism Diagnostic Observation Schedule, inter-rater-reliabilitet, sensitivitet, spesifisitet, Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview

Autismespekterforstyrrelser (ASF) karakteriseres av vedvarende vansker med sosial kommunikasjon og interaksjon, samt begrensede, repetitive atferdsmønstre og interesser (American Psychiatric Association [APA], 2013). Den siste utgaven av den amerikanske diagnosemanualen skiller ikke mellom de ulike underkategoriene for autisme, slik det europeiske diagnose-systemet (ICD-10; World Health Organization [WHO], 1990) gjør. ICD-10 brukes ennå i Norge, men i versjon 11 vil ASF bli innført som kategori, og vi bruker derfor ASF i denne studien.

En representativ norsk registerstudie fant en forekomst av ASF på 0.76 % og andre samtidige diagnoser hos et flertall (68 %) (Kiselev et al., 2020). Autismesymptomer kan være subtile og til stede i varierende grad i den generelle populasjonen (Skuse et al., 2009). Klinikere blir stadig oftere oppmerksomme på mulig ASF hos barn og unge som utredes for andre psykiske lidelser, men en amerikansk studie viste at 40 % av dem som ble henvist med spørsmål om ASF, ikke fylte kriteriene etter utredning (Monteiro et al., 2015). I en studie av ungdom med autisme og intellektuelle evner innen normalområdet viste det seg også at mens 77 % tidligere hadde fått minst én annen psykiatrisk diagnose enn autisme, fylte bare 51 % kriteriene for en eller flere av disse ved re-undersøkelse (Mazefsky et al., 2012). Disse studiene understreker differensialdiagnostiske utfordringer ved utredning av ASF, og behov for nøyaktige utredningsmetoder.

Det er påpekt store forskjeller i klinisk praksis ved utredning av ASF, både internasjonalt (Palmer et al., 2011) og i Norge (Suren et al., 2013). Dette til tross for at det fra tidlig på 1990-tallet ble utviklet ulike instrumenter for å identifisere ASF. Det foreldrebaserte intervjuet Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) (Lord et al., 1994) og den semi-strukturerte observasjonsmetoden Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2) (Lord et al., 2012) dominerer i klinikk og forskning og regnes som gullstandard for utredning (Falkmer et al., 2013). Imidlertid er ADI-R funnet å ikke ha høyt samsvar (reliabelt) selv mellom klinikere fra klinikker med dokumentert standardisert bruk av intervjuet (Lord et al., 2012). I Norge anbefales det at man setter ASF-diagnoser etter en samlet klinisk vurdering og ikke på grunnlag av ett måleinstrument alene eller to i kombinasjon, selv om dette gir et bredere grunnlag for en vurdering. I en norsk gjennomgang av ADI-R påpekes det også et behov for flere norske/skandinaviske studier av instrumentets reliabilitet (Halvorsen & Helverschou, 2017).

Som et svar på denne kritikken lanserte en engelsk forskergruppe et databasert foreldreintervju «The Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview» (3Di) (Skuse et al., 2004). 3Di kombinerer struk-

turete og semi-strukturerte spørsmål til foresatte, og disse ble antatt å gi mindre kliniker-avhengige konklusjoner. En annen styrke ved 3Di er bruk av dimensjonale skalaer i tillegg til diagnostiske kategorier, noe som er nyttig for å identifisere sub-kliniske tilstander, spesielt hos dem med evner innen normalområdet og hos jenter (Mandy et al., 2012). 3Di er databasert, noe som gir rask beregning av sluttresultater og derved kan fremme bruk av standardisert metode ved utredning av ASF.

3Di finnes i en kort (45–60 minutter) og en lang (60–90 minutter) versjon og står i dag på listen over anbefalte instrumenter for utredning av ASF i europeiske retningslinjer (Fuentes et al., 2020). Det er oversatt til norsk ved artikkelens første- og tredjeforfatter og til flere andre språk (Chuthapisith et al., 2012; De la Marche et al., 2015; Lai et al., 2015; Santosh et al., 2009; Slappendel et al., 2016). 3Di's originalstudie undersøkte inter-rater-reliabilitet og test-retest-reliabilitet. Begge ga god enighet, med intraklasse-korrelasjonskoeffisienter (ICC) > .86 (Skuse et al., 2004). Vi har bare funnet én studie av inter-rater-reliabilitet av 3Di oversatt fra originalspråket. Ved bruk av den kinesiske langversjonen på 6–12 år gamle barn i BUP var det god enighet mellom forskjellige klinikere for dimensjonal vurdering på delskalaene (ICC = .96), og ved kategorisering av ASF / ikke ASF (kappa = .76) (Lai et al., 2015).

Originalstudien fra 2004 (n = 120) rapporterte om svært god diskriminerende validitet (skille mellom syk og frisk), da alle med ASF ble riktig klassifisert (sensitivitet = 100 %), og nesten alle uten ASF ble også det (spesifisitet = 97 %) (Skuse et al., 2004). Senere undersøkelser på kliniske utvalg viser mer moderate verdier. En førskolestudie som brukte thai kortversjonen av 3Di fant akseptable til høye verdier for sensitivitet (67 % til 86 %) og spesifisitet (74 % til 81 %) (Chuthapisith et al., 2012), mens den kinesiske 3Di-studien omtalt ovenfor viste sensitivitet på 95 % og spesifisitet på 77 % for klassifisering av skolebarn med/uten ASF (Lai et al., 2015). En nederlandsk klinisk studie fant at kortversjonen av 3Di ga en sensitivitet på 84 % og en spesifisitet på 54 % når barn ble klassifisert med/uten ASF med ADOS-2 (Lord et al., 2012), og en litt lavere sensitivitet (77 %) og høyere spesifisitet (67 %) når den ble sammenlignet med klinisk ASF-diagnose (Slappendel et al., 2016).

Én undersøkelse som sammenlignet 3Di's diskriminerende egenskaper med et annet semi-strukturert foreldreintervju (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders; DISCO) (Wing, 2006), fant at begge intervjuene var lite nøyaktige i å identifisere barn med klinisk diagnostisert ASF. 3Di identifiserte 14 av 25 (56 %), mens DISCO identifiserte 7 av 25 (28 %) (Evers et al., 2020).

Begrunnelse og forskningsspørsmål

3Di er ikke tidligere blitt evaluert som utredningsinstrument i Norge. De fleste utredninger av ASF hos barn med evner innen normalområdet foretas i BUP, ofte i spesialteam. Det er derfor viktig å kjenne egenskapene til 3Di i denne populasjonen. Da 3Di's styrke ligger i å kombinere strukturerte og semi-strukturerte spørsmål, undersøkte vi grad av enighet i skåringer (inter-rater-reliabilitet) mellom klinkere med og uten erfaring i utredning av ASF. Videre sammenstilte vi resultatene fra 3Di med ADOS-2, som regnes som vel utprøvd i klinisk sammenheng i Norge (Suren et al., 2019) og internasjonalt (Falkmer et al., 2013). Vi hadde følgende forskningsspørsmål: I hvilken grad samsvarer skåringer av 3Di mellom erfaren og uerfaren kliniker? Hvor nøyaktige er 3Di og ADOS, alene og sammen, i å identifisere klinisk diagnostisert ASF, både med og uten komorbiditet?

Metode

Deltakere og prosedyre

Deltakerne var 130 barn og unge henvist til BUP Øvre Romerike i tidsrommet 01.06.2014 til 31.12.2019. Gjennomsnittlig alder ved henvisning var 11 år (4–18 år), og 72 % var gutter. Jentene ble henvist cirka ett og et halvt år senere enn guttene. Alle basisutredninger inkluderte anamnese med foreldre, samtaler med foreldre, barn og lærere, skoleobservasjon, kognitiv utredning og legeundersøkelse. Ved mistanke om ASF ble barna henvist internt til et spesialteam for utredning. Gjennomsnittlig IQ var 93 (standardavvik (S) = 13, spredning = 64–121), og 72 % hadde IQ \geq 85. ASF og tilleggdiagnoser (ADHD, atferdsforstyrrelser og angst/depresjon) ble registrert. Av de 130 som gjennomførte 3Di, ble 109 utredet med ADOS-2.

Måleinstrumenter

The Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview (3Di)

3Di er beskrevet i et eget kapittel i *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* (Tjaarda et al., 2019). Navnet «3Di» viser til at intervjuet innhenter informasjon fra foresatte om tre dimensjoner: 1) barnets utvikling, 2) ASF-symptomer (dimensjonalt) og 3) diagnostisk konklusjon (kategorisk) i henhold til ICD-10-kriteriene for ASF. Dimensjonal og kategorisk vurdering gjøres innen områdene gjensidig sosial interaksjon, kommunikasjon og stereotyp, repetitiv atferd. 3Di kan administreres i en lang versjon (135 spørsmål) eller en kortversjon (61 spørsmål). I denne studien ble det brukt lang versjon. Svarene skåres fortløpende på data-maskinen under intervjuet og blir deretter oppsum-

ert i en rapport. Rapporten genererer diagnose etter ICD-10 og tallverdier på de fire delskalaene Gjensidig sosial interaksjon (spredning 0–30), Sosial kommunikasjon (spredning 0–26), Ikke-verbal kommunikasjon (spredning 0–14) og Stereotyp, repetitiv atferd (spredning 0–12). Høyere skårer indikerer økende avvik, og grenseverdier for diagnose på de fire delskalaene er henholdsvis 10, 8, 7 og 3. Den norske versjonen av 3Di var ferdig i 2010. Oversettelsesarbeidet inkluderte også kvalitetssikring med tilbake-oversettelse til engelsk, som utviklerne så gjennomgikk og godkjente. Etter 2010 ble intervjuet tatt i klinisk bruk, og det ble holdt regelmessige kurs for norske klinikere. De ga positive tilbakemeldinger. Det var dermed betydelig klinisk erfaring med intervjuet i forkant av denne studien.

Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2)

ADOS-2 er en revidert utgave av et semi-strukturert intervju med barnet og en atferdsobservasjon av det for å vurdere ASF (Lord et al., 2012). Det består av fire moduler tilpasset ulike alderstrinn og språklig funksjonsnivå, der høyere skårer indikerer økende avvik, og der grenseverdi for ASF-diagnose er 8. En tysk studie med 826 pasienter fra ulike BUP-klinikker rapporterte om god nøyaktighet av ADOS-2 (modul 3) for diagnostisering av ASF (Area under the curve (AUC) $>$ 0.80) (Medda et al., 2019). Imidlertid er det noe begrenset dokumentasjon på måleegenskaper for norske forhold (Brøndbo & Høyland, 2018). I vår studie ble ADOS-2 modul 3 benyttet (med unntak av to barn med modul 2). De som utredet hadde gjennomført opplæringskurs i ADOS-2.

Klinisk diagnostisk vurdering

De diagnostiske konklusjonene ble gjort i møter med alle klinikerne basert på all tilgjengelig informasjon, inkludert 3Di og ADOS. ICD-10-kriteriene ble benyttet, og alle som fylte kriteriene for gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (barneautisme, Asperger syndrom, uspesifisert autisme og atypisk autisme), ble slått sammen til ASF.

Vurdering av reliabilitet

For å undersøke reliabiliteten ble det gjort tretti 3Di-intervjuer med foresatte (18 gutter), der en senere vurderte at 12 av 30 fylte kriteriene for ASF. Intervjuene ble gjort av en erfaren kliniker med en uerfaren kliniker til stede. Begge foretok selvstendige skåringer av foreldrenes svar. Den erfarne klinikerens var den samme i alle intervjuene, mens den uerfarne var forskjellig for hvert intervju, med unntak av to. De uerfarne klinikerne fikk en kort innføring i skåring av 3Di før intervjuet.

Statistisk bearbeiding

Statistiske analyser ble utført i SPSS versjon 25 og ved www.medcalc.com. Forskjeller i gjennomsnitt mellom grupper ble beregnet med t-tester. Reliabilitet mellom erfaren og uerfaren kliniker ble beregnet ved ICC for dimensjoner og kappa for kategorier, der retningslinjer anslår: < .40 dårlig, .40–.59 moderat, .60–.74 god og .75–1.0 svært god (Cicchetti, 1994). ROC (receiver operating characteristic)-analyser ble gjort for å estimere område under kurven (AUC) og for å kvantifisere nøyaktighet av de fire 3Di-delskalaene og ADOS-skårene. AUC-verdiene ble vurdert slik: < 0.70 dårlig, 0.70–0.79 middels, 0.80–0.89 god og 0.90–1.00 svært god (Swets, 1988). Samsvar mellom de standardiserte metodene (3Di, ADOS) og endelige kliniske diagnoser ble estimert ved sensitivitet (sannsynligheten for at et mål ga korrekt klassifisering av barn med ASF) og spesifisitet (sannsynligheten for at et mål ga korrekt klassifisering av barn uten ASF). Vi beregnet positiv og negativ prediktiv verdi som gir sannsynlighet for om et positivt/negativt testresultat tilsier at en person har / ikke har en ASF. Vi beregnet også positive og negative sannsynlighetsrater (SR+ og SR–), der SR+/SR– er sannsynligheten for at et barn som har/ikke har ASF, tester henholdsvis positivt/negativt, delt på sannsynligheten for at et barn som ikke har / har ASF, tester henholdsvis positivt/negativt. SR 0–1 antyder at diagnose ikke er til stede, SR = 1 antyder ingen verdi av diagnostisk test, mens SR >1 antyder tilstedeværelse av diagnose (McGee, 2002).

Etikk

Prosjektet er godkjent av PVO-AHUS (Saksnr. 2019_59, Personvern nr. 18/12414).

Resultater

Reliabilitetsundersøkelsen

Del-undersøkelsen av reliabilitet ga svært gode ICC for 3Di's fire delskalaer (ICC fra .82–.90). Enighet i diagnostisk kategorisering ga kappa-verdier på .49 for sosial interaksjon, .73 for sosial kommunikasjon, .64 for ikke-verbal kommunikasjon og .60 for stereotyp, repetitiv atferd.

Samsvar mellom instrumenter og kliniske diagnoser

Barn som ble klinisk vurdert å ha ASF, hadde signifikant høyere gjennomsnittsskårer på 3Di's delskalaer og på ADOS-2 totalskår sammenlignet med de som fikk andre diagnoser enn ASF (Tabell 1). Det var ingen signifikante forskjeller mellom de som hadde ASF med ($n = 30$) og uten ($n = 20$) tilleggs-diagnoser (resultater ikke vist).

3Di's fire skalaer skilte signifikant (fra dårlig til middels) mellom sanne positive og sanne negative ASF-tilfeller (AUCs = .63–.75), mens ADOS-2 skilte godt (AUC = .85) (Tabell 2). Det var lignende verdier i sensitivitet og spesifisitet mellom 3Di og ADOS-2, totalt for 3Di henholdsvis 71 % og 77 %, og for ADOS-2 med 74 % og 78 %. De fire 3Di-skalaene hadde hver for seg svakere sensitivitet og spesifisitet enn 3Di totalt (Tabell 2). Hver for seg var det størst diagnostisk verdi for 3Di totalskår (SR+ = 3.10) og ADOS (SR+ = 3.33) som ble markant økt hvis både 3Di og ADOS klassifiserte ASF til stede (SR+ = 17.12), men da falt sensitiviteten (54 %). Vi sjekket også nøyaktighet av 3Di's delskalaer blant de som hadde gjort ADOS-2 ($n = 109$), og fant lignende verdier som for alle deltagerne ($n = 130$) (resultater ikke vist).

Tabell 1

Gjennomsnittlige skårer og standardavvik på 3Di og ADOS-2 for barn med og uten klinisk autismspekterforstyrrelse-diagnose

Instrumenter	Kliniske diagnoser		Statistikk	
	ASF ($n = 50$)	Ikke-ASF ($n = 80$)	<i>t</i>	<i>p</i>
3Di subskalaskårer ($n = 130$) Gj sn (S)				
Gjensidig sosial interaksjon	13.68 (5.93)	8.78 (4.88)	5.12	< .001
Sosial kommunikasjon	9.71 (5.22)	6.9 (3.81)	3.53	.001
Ikke-verbal kommunikasjon	5.45 (3.89)	3.7 (2.68)	3.02	.003
Stereotyp, repetitiv atferd	3.69 (2.42)	2.38 (2.03)	3.33	.001
ADOS-2 ($n = 109$)	ASF ($n = 46$)	Ikke-ASF ($n = 63$)	<i>t</i>	<i>p</i>
ADOS-2 totalskår Gj sn (S)	11.00 (5.78)	3.92 (4.00)	7.55	< .001

Merknad. ASF: autismspekterforstyrrelse; Gj sn : gjennomsnitt; S: standardavvik; 3Di: The Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview; ADOS-2: Autism Diagnostic Observation Schedule.

Tabell 2

Prediksjonsverdier for 3Di og ADOS-2 opp mot klinisk autismespekterforstyrrelse-diagnose

Prediktorer	N/n*	AUC (%) (95 % KI)	Se (%)	Sp (%)	PPV	NPV	+SR (95 % KI)	-SR (95 % KI)
3Di, diagnostisk konklusjon ASF	130/36		71	77	.67	.80	3.10 (2.00–4.82)	.38 (.24-.59)
3Di, gjensidig sosial interaksjon, grenseverdi 10	130/37	75 (66–84)	73	59	.54	.77	1.79 (1.31–2.46)	.46 (.28-.75)
3Di, sosial kommunikasjon, grenseverdi 8	130/34	66 (56–76)	67	61	.52	.74	1.70 (1.21–2.38)	.55 (.36-.84)
3Di, ikke-verbal kommunikasjon, grenseverdi 7	130/18	63 (53–74)	36	84	.58	.68	2.22 (1.19–4.12)	.68 (.61-.96)
3Di, stereotyp, repetitiv atferd, grenseverdi 3	130/34	68 (58–77)	67	62	.53	.74	1.76 (1.25–2.47)	.54 (.35-.82)
ADOS-2, grenseverdi 8	109/34	85 (76–93)	74	78	.71	.80	3.33 (2.03–5.44)	.34 (.20-.56)
3Di eller ADOS-2, én over grenseverdi	109/41		89	54	.59	.87	1.94 (1.45–2.58)	.20 (.09-.48)
3Di og ADOS-2, begge over grenseverdi	109/25		54	97	.76	.79	17.12 (4.27–68.68)	.47 (.34-.65)

Merknad. ASF: autismespekterforstyrrelse; AUC: area under the curve; 3Di: The Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview; ADOS-2: Autism Diagnostic Observation Schedule; Se: Sensitivitet; Sp: spesifisitet; PPV/NPV: positiv/negativ prediktiv verdi; +SR/-SR: positiv/negativ sannsynlighetsrate; KI: konfidensintervall. *N = totalt antall barn med aktuell prediktor, n = antall med sann positiv klinisk ASF-diagnose. Andelen barn som etter klinisk vurdering nådde kriteriene for ASF i utvalget, var 38 % (50/130).

Diskusjon

Reliabilitetsundersøkelsen

Vi fant høyt samsvar i de dimensjonale 3Di-skåringene mellom den erfarne klinikerne og de uerfarne klinikerne, i tråd med tidligere studier (Lai et al., 2015; Skuse et al., 2004). Likevel varierte enigheten i diagnostisk klassifisering fra dårlig for delskalaen sosial interaksjon til god for de øvrige, og lavere enn rapportert av utviklerne (Skuse et al., 2004) og i den kinesiske studien (Lai et al., 2015), som begge fant svært god inter-rater-reliabilitet. Til forskjell fra i vår studie var klinikerne i studien av utviklerne erfarne psykiatere og psykologer som var kurset i 3Di og/eller ADI-R. Det fremgår ikke hvilken 3Di-opplæring klinikerne i den kinesiske studien hadde fått, men Lai og medarbeidere brukte den amerikanske diagnosemanualen, mens vi klassifiserte med ICD-10, noe som kan ha påvirket resultatene. Likevel tyder vår til dels svake inter-rater-reliabilitet for ASF-klassifisering på at 3Di bør brukes etter kursing i intervjuet og i diagnostikk av ASF. Dette er trolig spesielt viktig i BUP når barn blir henvist internt til et spesialteam, da det her kan være særlig vanskelig å skille ASF fra andre vansker. Det at vi fant særlig lavt samsvar på skalaen for gjensidig sosial interaksjon (kappa = .49), viser at det er krevende å oppnå enighet mellom skårere i en pasientpopulasjon der alle kan antas å ha sosiale vansker.

Samsvar mellom instrumenter og klinisk diagnose

I denne studien ble ASF-diagnose satt etter en samlet klinisk vurdering, i tråd med de norske retningslinjene (Regional kompetansetjeneste for autisme, 2019). Vi fant at alle 3Di's fire skalaer skilte signifikant mellom sanne positive og sanne negative ASF-tilfeller (AUCs = .63–.75), men i lavere grad enn i studien fra utviklerne og den kinesiske studien (Lai et al., 2015; Skuse et al., 2004). I studien fra utviklerne sammenlignet de barn med ASF (n = 27) med en gruppe barn der en betydelig andel (60 av 93) var barn med normal utvikling, noe som forklarer deres svært gode diskriminering, med sensitivitet på 100 % og spesifisitet på 98 % (Skuse et al., 2004). I den kinesiske studien rekrutterte de pasienter ut fra mistanke om ASF, ADHD og/eller atferdsproblemer (Lai et al., 2015). Dette kan ha gitt et utvalg med større variasjon av sosiale vansker enn i vår studie, der alle barna altså var henvist internt grunnet mistanke om ASF. Til tross for at vi i vårt utvalg kan ha hatt større differensialdiagnostiske utfordringer enn i de to nevnte studiene, fant vi sensitivitet og spesifisitet på henholdsvis 71 og 77 % for 3Di's diagnostiske konklusjon, noe som regnes for akseptable verdier (Sheldrick & Garfinkel, 2017). Vi fant best klassifisering ved å kombinere 3Di og ADOS, i samsvar med flere tidligere studier (Duvekot et al., 2015; Evers et al.,

2020; Slappendel et al., 2016). Denne kombinasjonen ga høy spesifisitet (97 %), det vil si få falske positive, men lavere sensitivitet (54 %), som betyr at en del barn ikke ble identifisert med ASF.

De dimensjonale skala-verdiene diskriminerte middels godt mellom de som fikk / ikke fikk ASF i vår studie. Vi fant ikke at de dimensjonale 3Di skala-verdiene ble påvirket av om ulike tilleggs-diagnoser var til stede, i tråd med den kinesiske studien, som fant like god nøyaktighet av intervjuet hos barn med og uten ADHD (Lai et al., 2015).

Styrker og svakheter ved studien

Studien har sin styrke i at det er relativt mange deltakere, og at den har vært gjennomført i et spesialteam i BUP – slik det gjøres ved mange klinikker. Det at den norske versjonen av 3Di ble tilbake-oversatt, justert i samråd med og endelig godkjent av utviklerne, styrker at oversettelsen samsvarer med originalen. England og Norge er begge land med forankring i en europeisk diagnostisk tradisjon, noe som tyder på at kulturelle forskjeller trolig ikke forklarer at vi fant svakere diskrimineringssevne (mellom ASF / andre diagnoser) for den norske versjonen enn i studien fra utviklerne. Derimot er det grunn til å tro at det ville bli større grad av enighet mellom klinikerne og bedre verdier for diagnostisk nøyaktighet i et mindre selektert utvalg og med mer erfarne klinikere. Begrensningene omfatter at en har sammenlignet ASF klassifisert med 3Di og ADOS med kliniske ASF-diagnoser der både 3Di og ADOS inngår i vurderingen. Selv om dette er i tråd med en del tidligere studier, ville det trolig kunne gitt svakere samsvar hvis 3Di ble sammenlignet med et annet diagnostisk intervju, som ADI-R. Det at vi ikke fant svært høy diskriminerende validitet av 3Di (eller ADOS) alene, tyder på at også annen informasjon fra utredningene ble vektet inn i den endelige kliniske konklusjonen. Videre fikk 21 deltakere ikke gjort ADOS, men en undersøkelse av sensitivitet og spesifisitet for hele utvalget og for utvalget som hadde ADOS viste relativt like funn.

Konklusjon og kliniske implikasjoner

Vår reliabilitetsundersøkelse understreker at 3Di bør brukes etter kursing i intervjuet og i diagnostikk av ASF. Det synes å være særlig viktig med god opplæring i spesialteam som utreder ASF, da barna som henvises dit oftest vil ha sosiale vansker. Til tross for krevende diagnostiske vurderinger i vårt utvalg støtter studien det at 3Di er et nyttig standardisert intervju ved diagnostisering av ASF. Vi anbefaler at 3Di brukes sammen med ADOS, da denne kombinasjonen var mest nøyaktig når det gjaldt å skille mellom barn med og uten ASF. Imidlertid kan en ASF-diagnose bare set-

tes etter en samlet klinisk vurdering da ingen instrumenter vil gi entydig svar. ✖

Referanser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Brøndbo, P. H. & Høyland, A. L. (2018). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2). *PsykTestBarn*, 1(4). <https://doi.org/10.21337/0059>
- Chuthapisith, J., Taycharipiranai, P., Ruangdaraganon, N., Warrington, R. & Skuse, D. (2012). Translation and validation of the developmental, dimensional and diagnostic interview (3Di) for diagnosis of autism spectrum disorder in Thai children. *Autism*, 16(4), 350–356. <https://doi.org/10.1177/1362361311433770>
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284–290. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284>
- De la Marche, W., Noens, I., Boets, B., Kuppens, S. & Steyaert, J. (2015). The underlying symptom structure of autism spectrum disorders: A factor analytic approach using the developmental, dimensional and diagnostic interview. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 12, 40–51. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.11.002>
- Duvekot, J., van der Ende, J., Verhulst, F. C. & Greaves-Lord, K. (2015). The Screening Accuracy of the Parent and Teacher-Reported Social Responsiveness Scale (SRS): Comparison with the 3Di and ADOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(6), 1658–1672. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2323-3>
- Evers, K., Debbaut, E., Maljaars, J., Steyaert, J. & Noens, I. (2020). Do Parental Interviews for ASD Converge with Clinical Diagnoses? An Empirical Comparison of the 3Di and the DISCO in Children with ASD, a Clinically-Referred Group, and Typically Developing Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(4), 1324–1336. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04344-y>
- Falkmer, T., Anderson, K., Falkmer, M. & Horlin, C. (2013). Diagnostic procedures in autism spectrum disorders: a systematic literature review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22(6), 329–340. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0375-0>
- Fuentes, J., Hervas, A. & Howlin, P. (2020). ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01587-4>
- Halvorsen, M. & Helvershou, S. B. (2017). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R). *PsykTestBarn*, 1(5). <https://doi.org/10.21337/0052>
- Kiselev, Y., Handal, M., Hjellvik, V., Reichborn-Kjennerud, T., Stoltenberg, C., Suren, P., Havdahl, A. & Skurtveit, S. (2020). Nationwide Study of Neuropsychiatric Comorbidity and Medicines Use in Children With Autism Spectrum Disorder in Norway. *Front Psychiatry*, 11, 596032. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.596032>

- Lai, K. Y., Leung, P. W., Mo, F. Y., Lee, M. M., Shea, C. K., Chan, G. F., Che, K. K., Luk, E. S., Mak, A. D., Warrington, R. & Skuse, D. (2015). Validation of the Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview (3Di) Among Chinese Children in a Child Psychiatry Clinic in Hong Kong. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(5), 1230–1237. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2284-6>
- Lord, C., Petkova, E., Hus, V., Gan, W., Lu, F., Martin, D. M., Ousley, O., Guy, L., Bernier, R., Gerdt, J., Algermissen, M., Whitaker, A., Sutcliffe, J. S., Warren, Z., Klin, A., Saulnier, C., Hanson, E., Hundley, R., Piggot, J., Fombonne, E., Steiman, M., Miles, J., Kanne, S. M., Goin-Kochel, R. P., Peters, S. U., Cook, E. H., Guter, S., Tjernagel, J., Green-Snyder, L. A., Bishop, S., Esler, A., Gotham, K., Luyster, R., Miller, F., Olson, J., Richler, J. & Risi, S. (2012). A multisite study of the clinical diagnosis of different autism spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 306–313. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.148>
- Lord, C., Rutter, M., Dilavore, P. C., Risi, S., Gotham, K. & Bishop, S. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2) Manual (Part I): Modules 1–4*. Western Psychological Services.
- Lord, C., Rutter, M. & Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(5), 659–685. <https://doi.org/10.1007/BF02172145>
- Mandy, W., Chilvers, R., Chowdhury, U., Salter, G., Seigal, A. & Skuse, D. (2012). Sex differences in autism spectrum disorder: evidence from a large sample of children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(7), 1304–1313. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1356-0>
- Mazefsky, C. A., Oswald, D. P., Day, T. N., Eack, S. M., Minshew, N. J. & Lainhart, J. E. (2012). ASD, a psychiatric disorder, or both? Psychiatric diagnoses in adolescents with high-functioning ASD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(4), 516–523. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.686102>
- McGee, S. (2002). Simplifying likelihood ratios. *Journal of General Internal Medicine*, 17(8), 646–649. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10750.x>
- Medda, J. E., Cholemkery, H. & Freitag, C. M. (2019). Sensitivity and Specificity of the ADOS-2 Algorithm in a Large German Sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(2), 750–761. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3750-3>
- Monteiro, S. A., Spinks-Franklin, A., Treadwell-Deering, D., Berry, L., Sellers-Vinson, S., Smith, E., Proud, M. & Voigt, R. G. (2015). Prevalence of Autism Spectrum Disorder in Children Referred for Diagnostic Autism Evaluation. *Clinical Pediatrics*, 54(14), 1322–1327. <https://doi.org/10.1177/0009922815592607>
- Palmer, E., Ketteridge, C., Parr, J. R., Baird, G. & Le Couteur, A. (2011). Autism spectrum disorder diagnostic assessments: improvements since publication of the National Autism Plan for Children. *Archives of Disease in Childhood*, 96(5), 473–475. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.172825>
- Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi ved Helse Sør-Øst. (2019). *Regional retningslinje for utredning og diagnostisering av autismespekterforstyrrelser (ASF)*. Oslo universitetssykehus.
- Santosh, P. J., Mandy, W. P., Puura, K., Kaartinen, M., Warrington, R. & Skuse, D. H. (2009). The construction and validation of a short form of the developmental, diagnostic and dimensional interview. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18(8), 521–524. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0004-0>
- Sheldrick, R. C. & Garfinkel, D. (2017). Is a Positive Developmental-Behavioral Screening Score Sufficient to Justify Referral? A Review of Evidence and Theory. *Academic Pediatrics*, 17(5), 464–470. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.01.016>
- Skuse, D. H., Mandy, W., Steer, C., Miller, L. L., Goodman, R., Lawrence, K., Emond, A. & Golding, J. (2009). Social communication competence and functional adaptation in a general population of children: preliminary evidence for sex-by-verbal IQ differential risk. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(2), 128–137. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819176b8>
- Skuse, D., Warrington, R., Bishop, D., Chowdhury, U., Lau, J., Mandy, W. & Place, M. (2004). The developmental, dimensional and diagnostic interview (3di): a novel computerized assessment for autism spectrum disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(5), 548–558. <https://doi.org/10.1097/00004583-200405000-00008>
- Slappendel, G., Mandy, W., van der Ende, J., Verhulst, F. C., van der Sijde, A., Duvekot, J., Skuse, D. & Greaves-Lord, K. (2016). Utility of the 3Di Short Version for the Diagnostic Assessment of Autism Spectrum Disorder and Compatibility with DSM-5. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(5), 1834–1846. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2713-9>
- Suren, P., Bakken, I. J., Lie, K. K., Schjølberg, S., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Magnus, P., Oyen, A. S., Svendsen, B. K., Aaberg, K. M., Andersen, G. L. & Stoltenberg, C. (2013). Differences across counties in the registered prevalence of autism, ADHD, epilepsy and cerebral palsy in Norway. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 133(18), 1929–1934. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0050>
- Suren, P., Havdahl, A., Oyen, A. S., Schjølberg, S., Reichborn-Kjennerud, T., Magnus, P., Bakken, I. J. L. & Stoltenberg, C. (2019). Diagnostisering av autismespekterforstyrrelser hos barn i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 139(14). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0960>
- Swets, J. A. (1988). Measuring the accuracy of diagnostic systems. *Science*, 240(4857), 1285–1293. <https://doi.org/10.1126/science.3287615>
- Tjaarda, I. C., Skuse, D. & Greaves-Lord, K. (2019). Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview (3Di). I F. R. Volkmar (red.), *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* (s. 1–9). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6435-8_102415-1
- Wing, L. (2006). *Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders. 11th Edition*. Centre for Social and Communication Disorders.
- World Health Organization. (1990). *International Classification of Diseases and related health problems (ICD-10)* (10 utg.).



DIALOGISK – Jeg har lyst til å invitere forskere og klinikere til å skrive noe sammen, sier Gro Walø-Syversen om sine vyer i stillingen som fagredaktør.

INTERVJU

Ny fagredaktør i Psykologtidsskriftet

Gro Walø-Syversen oppsummerer seg selv som «kliniker med doktorgrad» og slår et slag for sjangeren evidensbasert praksis.

TEKST OG FOTO Nora Skjerdingsstad

NYTILSATT FAGREDAKTØR i Psykologtidsskriftet Gro Walø-Syversen har akkurat disputert, og med doktorgraden i baklomma er hun klar for redaktørgjeringen i Norges ledende psykologtidsskrift. I sin doktorgrad fra Oslo universitetssykehus avdekket Walø-Syversen noen av sammenhengene mellom kognitiv fungering og vekttap i fedmekirurgi-behandling.

– Kort oppsummert har vi undersøkt hvordan eksekutive funksjoner henger sammen og spiller inn på spiseatferd og vektnedgang i en gruppe med pasienter som har gjennomgått en fedmeoperasjon.

Walø-Syversen er tilhenger av endringsprosjekter, og ønsker å bidra i den vitenskapelige retningen Psykologtidsskriftet er på vei.

– Jeg liker å gå inn i ting som er litt usikkert og uklart. Rusfeltet, der jeg jobbet som kliniker tidligere, var jo også litt sånn. Å komme inn i noe som ikke er ferdig, synes jeg er gøy. Nå er første steg i prosessen at vi skal få et redaktørråd («editorial board»), sier hun.

Walø-Syversen er spesielt opptatt av hvordan grunnforskning kan anvendes inn i klinisk arbeid, hvordan forskere og klinikere kan samarbeide og fasilitere hverandres virke.

– Jeg tror sjangeren evidensbasert praksis oppsummerer det jeg står for i arbeidet i Psykologtidsskriftet. Det er jo kjernen i psykologvirket. Jeg har lyst til å rekruttere forskere og klinikere til å skrive noe sammen, at forskeren og klinikeren kan fungere som inngangsporter til hverandres arbeid. Å løfte opp dette tror jeg kan munne ut i noen virkelig gullgode artikler, sier hun.

– *Hvilken kompetanse tar du med deg inn i arbeidet som fagredaktør?*

– Som stipendiat har jeg fått innblikk i hvordan vitenskapelige publiseringsprosesser foregår, hvordan det er å være forfatter. Det kan virke ryddig fra utsiden, men jeg vet nå hvor rotete og kompliserte disse prosessene kan være. Jeg føler meg på ingen måte som en ekspert, men jeg vet hvor jeg kan henvende meg for å få tak i kompetansen Psykologtidsskriftet trenger, avslutter hun. ✕

Irritable barn og irritable fagfelt

Skal barn med alvorlig irritabilitet og sinneproblematikk forstås som affektiv lidende eller atferdsforstyrrede? I dette fagessayet søker vi å redegjøre for hvem disse barna er, de to ulike måtene å klassifisere dem på og hvordan en skal forholde seg til ICD-11s nye kategorisering.

TEKST Marit Coldevin¹,
Lena Løvstad² og
Astrid Brænden³

¹ Nic Waals Institutt,
Lovisenberg Diakonale
Sykehus

² Interkommunal
psykolog, Sør-
Helgeland

³ Barne- og Ungdoms-
psykiatrisk Avdeling,
Oslo Universitets-
sykehus

KONTAKT

Marit.Coldevin@lds.no

VEDVARENDE IRRITABILITET OG sinneutbrudd er et høyt forekommende og alvorlig symptom på en rekke ulike psykiske lidelser, og er derfor en av de hyppigste henvisningsgrunnene til spesialisthelsetjenesten for barn og unge i Norge og internasjonalt (Indregård & Krogh, 2020; Stringaris & Goodman, 2009). I møte med disse barna blir klinikerer stående med et omfattende kartleggingsoppdrag – er dette et eget klinisk fenomen eller symptom på en annen underliggende lidelse? Eller er det et uttrykk for uholdbare psykososiale livsbetingelser eller omsorgssituasjon? Irritabilitet og emosjonell reaktivitet kan være en del av symptombildet og fenomenologien i utviklingsforstyrrelser, angstlidelser, depressive lidelser, tvangslidelser, tilknytningsforstyrrelser, atferdsvansker og ikke minst ved traumelidelser (se figur 1). Men hva hvis alvorlig sinne og vedvarende irritabilitet ikke primært kan forstås i sammenheng med eller som symptom på en annen underliggende psykisk lidelse, en kjent sviktende omsorgssituasjon eller andre krevende miljøbetingelser, men eksisterer som et fenomen i seg selv? Hvordan skal vi forstå, klassifisere og behandle disse barna?

BARNA I KLINIKKEN

Nic Waals Institutt (Lovisenberg Diakonale Sykehus) og Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri (Oslo universitetssykehus) holder for tiden på med forskningsprosjekt om barn med alvorlig emosjonell dysregulering i form av vedvarende irritabilitet og sinneutbrudd.

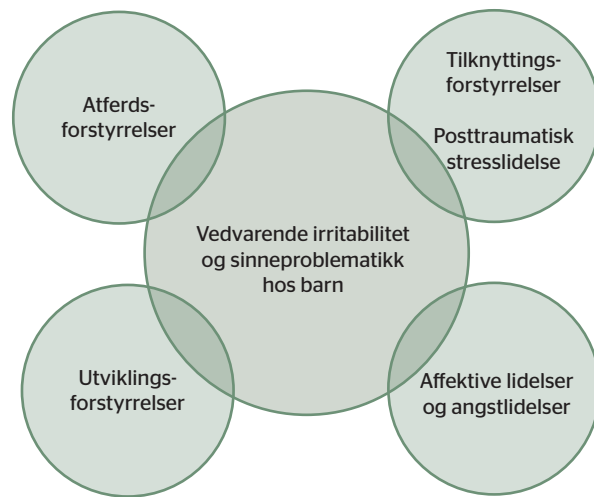
Prosjektet ønsker å kartlegge deskriptive variabler og bakenforliggende mekanismer hos denne pasientgruppen (REK nr. 2017/135). I den forbindelse har forfatterne registrert noen hyppig forekommende beskrivelser av den kvalitative opplevelsen av å ha et barn som strever med alvorlig irritabilitet, både fra foreldrene og barnet selv. Foreldre uttrykker ofte at barnet alltid har vært vanskelig å roe ved tilstander av emosjonell dysregulering, at barna eskalere i sinne uten at foreldre skjønner hva som utløste reaksjonen, at det er lite som skal til før det renner over, at foreldrene føler de må «gå på eggesskall rundt barnet», eller «på tå hev». Videre opplever foreldrene at barna ofte snakker nedsettende om seg selv, gir uttrykk for at de ikke mestrer, og at de kan vise stor grad av skamfullhet eller anger etter sinneanfall. Barna bekrefter dette – de skulle ønske de ikke ble så sinte, men opplever å ikke ha kontroll over følelsene sine. Til tross for slik irritabilitet eller sinneanfall beskrives ikke alltid atferdsvansker hos disse barna. Det vil si at dette er barn som beskrives som å opptre svært reaktivt på sine omgivelser med manglende evne eller ferdigheter til å regulere sinneuttrykket sitt, men som i liten grad opponerer eller trasser mot andre eller grensesetting, og som ellers viser gode prososiale evner.

NORMAL VERSUS KLINISK IRRITABILITET

For en kliniker er det ikke alltid en enkel øvelse å skille patologisk irritasjon fra normal irritasjon. I det følgende gjør vi et forsøk på å



IFYR OG FLAMME Hvordan skal vi forstå, klassifisere og behandle de irritable barna? Bilde: Rembrandt (ca. 1635) - *The unruly child* / Wikimedia commons



FIGUR 1 Mulige underliggende diagnostiske tilstander



I USA erfarte man antagelig derfor i en lengre periode en overdiagnostisering av bipolare lidelser hos barn med en økning på 4000 %

To nye diagnostiske kategorier i ICD-11 og DSM-5 er opprettet for å klassifisere barn med vedvarende irritabilitet og sinneutbrudd der ikke andre diagnoser kan forklare symptomene. DSM-5 forstår symptomene som en affektiv lidelse (DMDD), mens ICD-11 som en atferdsforstyrrelse (ODD med irritabilitet). Er det samme gruppe barn som beskrives og forstås ulikt?

beskrive irritasjon og klinisk irritasjon hos barn, og kvaliteter ved irritasjonen som en bør ta hensyn til i vurderingen.

Irritabilitet hos barn kan defineres som en tilbøyelighet (eller reaktivitet) til å reagere med en følelse av sinne på indre eller ytre stimuli sammenlignet med jevnaldrende (Leibenluft, 2011). Begrepet indikerer at følelsen av sinne skal være utløst av en relativt liten provokasjon, og/eller at den har høy frekvens. Videre brukes irritasjon som begrep når man snakker om en aktuell følelse («nå er du irritert»), et bestemt humør («du er så irritabel for tiden») eller om et temperaments-/personlighetstrekk («du er en irritabel type»). Tilstandene differensieres ut fra varighet: følelse i minutter, humør eller stemning i uker/måneder og temperament i år/tiår.

Irritabilitet og sinneutbrudd har en negativ valør i de fleste kulturer. Det er ikke en ønsket følelse verken i en selv eller andre. Samtidig er den helt vanlig, ofte funksjonell og den kan være et signal om at vi befinner oss i en situasjon som er krevende, eller at vi har det vanskelig intrapsykisk. Irritabilitet som en flyktig følelse, humør over tid eller personlighetstrekk er altså ikke patologisk per se, men heller en tilstand som fordeler seg med hensyn til hyppighet og intensitet i et kontinuum i normalbefolkningen. Så på hvilket nivå blir barnets grad av irritabilitet klinisk og behandlingstrengende? Wakschlag et al. (2012) definerte noen kriterier for å skille normalutvikling fra alvorlig irritabilitetsproblematikk etter en observasjonsstudie av førskolebarn som utførte ulike oppgaver og lekeaktiviteter. Disse kriteriene er presentert i tabell 1.

Videre deler litteraturen tradisjonelt sinneutbrudd (verbale, fysiske) inn i to underkategorier som defineres ut fra motivasjonen for aggresjonen (Fanning et al., 2019). Irritasjon er en følelse, mens sinneutbrudd, som ofte samvarierer med følelsen, forstås enten som en slags *kalkulert, kontrollert aggressiv handling* for å oppnå et mål (1) eller som et *reaktivt resultat av å handle på en følelse av irritasjon*, uten at atferden er planlagt (2).

I tillegg til slike kvalitative forhold ved irritabiliteten må den vurderes ut fra barnets alder, forekomst og hvorvidt dette uttrykket skader en selv

Tabell 1

Kriterier for klinisk irritabilitet hos barn (Wakschlag, 2012)

Intensitet	sinnet er høylytt, med kraftige og aktive bevegelser
Sensitivitet	uttrykket oppstår etter liten grad av provokasjon
Progresjon	uttrykket eskalerer raskt og høyt og på kort tid, som «lyn fra klar himmel»
Gjennomgripende	uttrykket blir observert i ulike settinger
Vedvarende	følelsen vedvarer, og barnet trenger ofte hjelp for å roe seg

Merknad. De ulike kvalitative forholdene ved irritabilitet skal i tillegg ha vært synlige for omgivelsene daglig i minimum 6 mnd.

eller andre. Irritasjon kan altså forstås som en dimensjonal størrelse der skillet mellom normalitet og patologi varierer med utviklingsnivå. I tillegg må en vurdere barnets omgivelser, altså om det faktisk er sånn at dette uttrykket er hensiktsmessig, gitt at miljøet rundt barnet er frustrerende eller u håndterlig.

Denne kunnskapen vil kunne hjelpe klinikerne i den diagnostiske vurderingen, men det er ingen slike kvalitative beskrivelser av klinisk irritabilitet i diagnosemanualene per i dag som kunne ha veiledet klinikerne.

HVORDAN DIAGNOSTISERE VEDVARENDE IRRITABILITET HOS BARN?

Før revideringen til de nyeste utgavene av DSM-5 og ICD-11 har kjernesymptomet vedvarende irritabilitet hos barn altså ikke vært lett å diagnostisere. Det har vært et slags foreldre-løst symptom. En økende trend blant fagfolk i to tiår før DSM-5 kom, var å forstå vedvarende irritasjon og sinne uten atferdsforstyrrelser hos barn som et uttrykk for mani. Spesielt i USA erfarte man antagelig derfor i en lengre periode en overdiagnostisering av bipolare lidelser hos barn med en økning på 4000 % i perioden mellom 1994 og 2003, og med påfølgende alvorlig medikamentell feilbehandling (Moreno et al., 2007). I Norge har det ikke vært en tilsvarende overdiagnostisering av bipolare lidelser hos barn (Indergard et al, 2020), og det er heller ikke utbredt praksis med psykofarmakologisk behandling av sinneproblematikk i norske poliklinikker.

I Europa har man tradisjonelt klassifisert vedvarende irritabilitet som en del av en atferdsforstyrrelse (F 92.8 og F 91.3 i ICD-10) (Sagar-Ouriaghli et al., 2018), uten at det nødvendigvis foreligger typisk «atferdsproblematikk» som trass, hevngjerrighet, fiendtlighet

eller provoserende atferd. Men faktum er at irritabilitet ikke alltid leder til aggressiv atferd, og aggressiv atferd kan ha andre årsaker enn irritabilitet. Har man undergravet de emosjonelle aspektene hos barn som strever med vedvarende irritabilitet og sinne når man har stilt diagnose?

ALVORLIG IRRITABILITET SOM AFFEKTIV FORSTYRRELSE

I den siste utgaven av DSM ble det opprettet en ny diagnose for barn som strever med alvorlig sinneproblematikk og irritabilitet – Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD, American Psychiatric Association, 2013) eller på norsk: følelsesreguleringsforstyrrelse. Diagnosen kategoriseres under affektive lidelser. Den alvorlige irritabiliteten gir seg til kjenne klinisk på to måter. For det første skal det foreligge alvorlige fysiske eller verbale raserianfall som ikke står i forhold til situasjonen eller provokasjonen, verken i intensitet eller omfang, og de skal forekomme minimum tre ganger per uke i minimum ett år. For det andre skal humøret til barnet være vedvarende irritabelt, daglig og synlig for andre, og ha vært til stede siste året. Disse to hovedaspektene må utspille seg på to eller flere arenaer i barnets liv (f.eks. på skole, hjemme og/eller fritidsaktiviteter). Diagnosen kan ikke stilles før seks års alder. Man antar at i den generelle barne- og ungdomspopulasjonen vil 2–5 % oppfylle kriterier for DMDD (APA, 2013; Copeland et al., 2013, 2014).

Ikke overraskende er lidelsen assosiert med alvorlige funksjonsutfall. Som følge av den svært lave frustrasjonstoleransen kan de få store vansker på skolen både faglig og sosialt. I tillegg er familiesamspillet ofte alvorlig forstyrret og bærer preg av utmattelse og konflikter (Copeland et al., 2013).





Den nye diagnosen har ikke blitt tatt imot med uforbeholden støtte

Diagnosen DMDD baserer seg i all hovedsak på forskningen til Leibenluft et al. (2007–2012). De observerte at barn med alvorlig, ikke-episodisk sinne/irritabilitet senere viste høy risiko for å utvikle unipolare affektive lidelser og angst i voksen alder, og ikke bipolar lidelse som man antok at irritabiliteten var et symptom på (Leibenluft, 2011). Man har heller ikke funnet en forhøyet sannsynlighet for at disse barna skal utvikle dyssozial personlighetsforstyrrelse, som er assosiert med atferdsforstyrrelser. Dette funnet er replikert gjentatte ganger (se for eksempel Axelson et al., 2012 eller Dougherty et al., 2014).

Det fremstår dermed som et fremskritt at barn med klinisk irritabilitet har fått et diagnostisk hjem under affektive lidelser, og ikke lenger blir kategorisert under atferdsforstyrrelser, som kanskje ikke har gitt gode nok retningslinjer for å behandle disse barna. Den nye diagnosen har likevel ikke fått uforbeholden støtte. Snarere tvert imot.

FALSKE NYHETER? SLAKT AV FAGFELTET

Det er fortsatt stor faglig uenighet om hvorvidt det er en fornuftig avgjørelse å klassifisere barn med vedvarende irritabilitet og hyppige sinneutbrudd som DMDD, gitt de historiske vanskene med å forstå og klassifisere disse barna. DMDDs «tilhengere» mener at denne problematikken endelig kan bli tatt på alvor, slik at en kan gi mer spesifikke intervensjoner med tanke på at det er stor forskjell på behandlingstilnærmingen til en bi- og unipolar lidelse (Leibenluft, 2011). Det at barn urettmessig har blitt forstått som atferdsvanskelige når det trolig egentlig handler om en affektiv lidelse, skaper både uhensiktsmessige føringer og forventninger til barnet og deres familier. Allikevel, motstanden mot diagnosen kommer til uttrykk på flere nivåer.

Overordnet er det rettet kritikk mot å opprette enda en barnediagnose. Er dette riktig vei å gå når trenden er å forstå symptomer i spektre eller transdiagnostisk heller enn i gjensidig utelukkende kategorier? Det er også reist spørsmål om en ikke bør jobbe med å redusere antall diagnostiske kategorier heller enn å øke disse, for å unngå sykeliggjøring av normalvariasjoner (Gullestad, 2013). Et annet poeng: Det å tilføre en ny diagnose vil sannsynligvis føre til ytterligere diagnostisk forvirring og fjerne fokuset fra en mer meningsfull utforskning av de underliggende mekanismene i barns vedvarende irritabilitet (Mahli & Bell, 2019). Videre er det vist til begrenset empirisk grunnlag for diagnosen før denne ble inkludert i DSM-5. Det har blitt problematisert at den nærmest ble opprettet ved en hastebeslutning som følge av overdiagnostiseringen av bipolare lidelser hos barn i USA (Mahli & Bell, 2019).

Forskningen på klinisk forekomst av DMDD viser svært høy komorbiditet (Axelson et al., 2012), og validitetsspørsmålet gjør seg dermed gjeldende. Er DMDD en egen diagnose / nosologisk enhet når den så hyppig forekommer samtidig med annen problematikk? I tillegg er diagnosens indre validitet problematisert. Kvaliteten på irritabilitetsymptomet er ikke godt nok beskrevet klinisk, og det er reist spørsmål om hvem som «bestemmer» om irritabiliteten er til stede i det omfanget som er definert. Det er også vist til svake reliabilitetsmål (Regier et al., 2013.)

Samlet sett kan man si at problemstillingene som er presentert her, ikke er unike for DMDD. De fleste psykiatriske diagnoser stilles overfor samme type kritikk, spesielt spørsmålet om indre og ytre validitet. Likevel, dersom DMDD-diagnosen viser seg å være et fenomen som histo-

Tabell 2

Diagnostisk kategorisering av vedvarende irritabilitet og sinneutbrudd hos barn

	DSM-5	ICD-10	ICD-11
Diagnose (vedvarende irritabilitet og sinneutbrudd)	DMDD (296.99 Følelsesreguleringsforstyrrelse)	Blandet forstyrrelse av følelser og atferd (F92.8)	Opposisjonell forstyrrelse med kronisk irritabilitet (C90.01) og prososiale følelser, eller (C90.00) med emosjonell kulde/fiendtlighet
Hovedkategori	Depressive lidelser	Atferdsforstyrrelser	Atferdsforstyrrelser
Inklusjonskriterie varighet	To eller flere arenaer	Ikke spesifisert	To eller flere arenaer
Inklusjonskriterie kvalitet/omfang	Irritabilitet daglig og store deler av dagen, og tre eller flere sinneutbrudd per uke	Ikke spesifisert utover utviklingsmessig og sosiokulturelt inadekvat sinne/irritabilitet	Ikke spesifisert utover utviklingsmessig og sosiokulturelt inadekvat sinne/irritabilitet
Inklusjonskriterie alder	Symptomer oppstått før 10 år	Ikke spesifisert	Diagnosen anbefales ikke etter 10 år
Prevalens	2–5 %	5–10 %	Foreløpig ikke rapportert.
Prognose	Angst og affektive lidelser i voksen alder	Dyssosiale vansker/personlighetstrekk i voksen alder.	Angst og affektive lidelser i voksen alder (C90.01) og dyssosiale vansker i voksen alder (C90.00)
Vanlig komorbiditet	ADHD og affektive lidelser	ADHD	Foreløpig ikke rapportert

risk har vært feildiagnostisert, er det sentralt at dette klargjøres for å kunne gi barna bedre helsehjelp.

IRRITABILITET OG PROSOSIALITET FREMHEVES I OPPOSISJONELL ATFERDSFORSTYRRELSE

ICDs ellefte utgave ble godkjent av Verdens helseorganisasjon i mai 2019, og vi venter nå på en norsk oversettelse og tilpasning av den medisinskfaglige oppdateringen. Etter en gjennomgang av litteraturen valgte arbeidsgruppen (WHO's Working Group on Mood and Anxiety Disorders, ledet av Lochman et al., 2015) ikke å inkludere DMDD, da de mente den har både for lav reliabilitet og validitet. I stedet inntas en mer restriktiv linje, der de opprettholder atferdsvanskenes hovedinndeling og kjennetegn, samt velger å spesifisere opposisjonelle lidelser med og uten irritabilitet, og med og uten fiendtlighet / kalde trekk. De fremhever altså irritabilitet som et kjernesymptom som er eller ikke er til stede sammen med atferdsvansken. I tillegg skiller de mellom barn som viser prososiale følelser, og de som ikke gjør det. Det sentrale trekket i ODD er et mønster av vedvarende negativ, fiendtlig, truende, provoserende og ødeleggende atferd, som tydelig ligger utenfor det normale atferdsspekteret for et barn på samme alder og i samme sosiokulturelle kontekst, men som ikke innbefatter mer alvorlige

krenkelser av andres rettigheter som vist ved den aggressive og usosiale atferden spesifisert for kategoriene under andre atferdsforstyrrelser. Barn med ODD har en tendens til å aktivt trosse voksnes anmodninger eller regler, og «bevisst» irritere andre. ICD-11s kategorisering av barn med langvarig irritabilitet og lav frustrasjonsterskel, men med ellers gode prososiale ferdigheter, oppfyller dermed kriteriene for C90.01; opposisjonalitet med kronisk irritabilitet og vanlige prososiale emosjoner. Det er denne diagnosen som i størst grad sammenfaller med DMDD (se tabell 2).

Det fremstår som at ICD-11-kommisjonen har lent seg til samme prognostiske forskning som DSM-5-gruppen og derav konkludert med at det er to ulike og kvalitativt forskjellige underkategorier til det uttrykte sinnet hos barna. En gruppe har et mer reaktivt sinne gitt en underliggende irritabilitet, og oppleves ikke nødvendigvis som fiendtlig innstilt, og de angre ofte etter et sinneutbrudd, mens den andre gruppen beskrives som fiendtlig og kald i sin tilnærming til andre. Dette er i tråd med forskningslitteraturen, som skiller mellom disse ulike årsaksfaktorene eller kvalitativt ulike fenomenene av sinneuttrykk (Fanning et al., 2019). I en studie av Stringaris og Goodman (2009) delte man kriteriene for opposisjonell lidelse inn i tre underkategorier: 1) klinisk irritabilitet, 2) stahet (fra engelsk, headstrong) »



Irritabilitet må skilles ut som noe eget og ikke kun som et tilleggssymptom ved andre lidelser

og 3) fiendtlighet. De fant at klinisk irritabilitet var assosiert med senere emosjonelle forstyrrelser, stahet med ADHD og fiendtlighet med atferdsforstyrrelser. Barna med hovedsakelig alvorlig irritabilitet skiller seg altså fra barn med atferdsforstyrrelser, hvor sistnevnte har økt risiko for å utvikle dyssosial personlighetsforstyrrelse og alvorlige atferdsvansker. Det gir grunn til å tro at irritabilitet må skilles ut som noe eget og ikke som et tilleggssymptom ved andre lidelser.

Foreløpig ser det ikke ut til å ha blitt gjort noen nyere kliniske studier basert på denne nye diagnostiske inndelingen i ICD-11 med og uten irritabilitet, og med og uten prososialitet.

SAMME FENOMEN I ULIK SPRÅKDRAKT ELLER UNIKE KATEGORIER?

Vi mener det er en velkommen utvidelse av ODD-diagnosen i ICD-11 med en inndeling i prososiale versus manglende prososiale trekk, nettopp for å synliggjøre mekanismene bak sinneanfallene for barna det gjelder. Det samme gjelder inklusjonen av vedvarende irritabilitet som egen subkategori. Samtidig støter vi på en differensialdiagnostisk utfordring når vi møter barn som ikke er hevngjerrige og opposisjonelle, men likevel strever med vedvarende emosjonelle reguleringsvansker. En siste utfordring er at diagnosen ikke spesifiserer alvorlighetsgrad av reguleringsvansken (hyppighet). Vi opplever at gruppen pasienter med langvarig irritabilitet og alvorlige sinneanfall som er beskrevet i DSM-5 ved DMDD, ikke gjenpeiles i ODD-symptomatologien i ICD-11. Dette mener vi er et problem når disse barna skal forstås og behandles i Norge.

Det er nylig publisert en interessant studie i denne sammenheng som omhandler klinikers diagnostisering av barn som strever med problematikken vi tar for oss her (Evans et al., 2021). En rekke klinikere med diagnostisk kompetanse ble presentert ulike vignetter i tekstform som omhandlet barn med irritasjon og sinneanfall, og de skulle så diagnostisere disse med enten DSM-5, ICD-10 eller ICD-11. I denne prosessen skulle de mer spesifikt skille kronisk irritabilitet fra ikke-irritabel opposisjonellitet, normativ irritabilitet og dystymisk depresjon. Studien viste at bruk av ICD-11 ga en mer presis identifisering av alvorlig irritabilitet, mens bruk av DSM-5 viste at klinikerne ofte ikke brukte DMDD-diagnosen i de tilfellene dette var riktig, og i tillegg ble diagnoser stilt på utviklingsmessig normativ irritabilitet, altså at normalvariasjon av irritabilitet ble patologisert. En kan anta at den upresise bruken av DMDD skyldes klinikers begrensede kjennskap til diagnosen siden den er så ny, og at klinikere søker tradisjonelt til atferdskategoriene når de skal diagnostisere sinnerelaterte vansker. ICD-11-kommisjonen ser ut til å ha tatt hensyn til det, og har derfor lagt til en underkategori istedenfor å klassifisere problematikken som noe helt annet. ICD-11 fremstår altså som å ha den tydeligste beskrivelsen av klinisk irritabilitet i ODD, og gir således høyere klinisk nytte enn ved bruk av DSM-5s DMDD. Det er betryggende at barn i Norge med slik alvorlig problematikk blir identifisert, all den tid vi skal forholde oss til ICD-11-manualen i BUP. Vi er allikevel bekymret for hvilke føringer denne atferdsforstyrrelsen gir til behandlingen som barna skal motta, og om man i stor nok grad tar hensyn til vanskene med å regulere følelser, som forskningslitteraturen har vist oss at disse barna strever med, og som DMDD-diagnosen tilkjennegir.

Oppsummert kan vi si at skillet mellom ODD og DMDD, slik vi forstår det per i dag, kan oppleves arbitrært for en kliniker. Vi har ikke instrumenter med konsensus i cut-off-skår for irritabilitet som funksjonelt kan skille

mellom ODD og DMDD, og det er flere likheter i forståelsen av disse diagnosene, samt overlappende komorbiditeter og prognoser. Derfor vedvarer den internasjonale diskusjonen rundt operasjonaliseringen til DSM-5 og ICD-11 av kronisk og alvorlig irritabilitet. Inntil vi vet mer om de underliggende mekanismene

bak den mer instrumentelle formen for irritabilitet versus den som fremstår mer reaktiv og utilsiktet, ønsker vi at denne gjennomgangen av nåværende status i diagnosefeltet kan bidra psykoedukativt og således virke helsefremmende for irritable barn og på et irriterbart fagfelt. ✕

REFERANSER

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Axelsson, D., Findling, R. L., Fristad, M. A., Kowatch, R. A., Youngstrom, E. A., Horwitz, S. M. & Demeter, C. (2012). Examining the proposed disruptive mood dysregulation disorder diagnosis in children in the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms study. *The Journal of clinical psychiatry*, 73(10), 1342–1350. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m07674>
- Copeland, W. E., Angold, A., Costello, E. J. & Egger, H. (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 173–179. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12010132>
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Egger, H., Angold, A. & Costello, E. J. (2014). Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(6), 668–674. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13091213>
- Dougherty, L. R., Smith, V., Bufferd, S., Carlson, G., Stringaris, A., Leibenluft, E. & Klein, D. (2014). DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder: correlates and predictors in young children. *Psychological Medicine*, 44(11), 2339–2350. <https://doi.org/10.1017/S0033291713003115>
- Evans, S. C., Roberts, M. C., Keeley, J. W., Rebello, T. J., de la Peña, F., Lochman, J. E. & Reed, G. M. (2021). Diagnostic classification of irritability and oppositionality in youth: a global field study comparing ICD-11 with ICD-10 and DSM-5. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(3), 303–312. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13244>
- Fanning, J., Coleman, M., Lee, R. & Coccaro, E. (2019). Subtypes of aggression in intermittent explosive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 109, 164–172. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.10.013>
- Gullestad, S. E. (2013). Sykdom på tilbud. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(8), 858–859.
- Indergård, P. J. & Krogh, F. (2020). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2019: Norsk pasientregister* (Rapport nr. IS-2892). Helsedirektoratet.
- Leibenluft, E. (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *American Journal of Psychiatry*, 168(2), 129–142. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050766>
- Lochman, J. E., Evans, S. C., Burke, J. D., Roberts, M. C., Fite, P. J., Reed, G. M., de la Peña, F. R., Matthys, W., Ezpeleta, L., Siddiqui, S. & Garralda, M. E. (2015). An empirically based alternative to DSM-5's disruptive mood dysregulation disorder for ICD-11. *World Psychiatry*, 14(1), 30. <https://doi.org/10.1002/wps.20176>
- Mahli, G. & Bell, E. (2019). Fake views: DMDD, indeed! *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(7), 706–710. <https://doi.org/10.1177/0004867419863162>
- Moreno, C., Laje, G., Blanco, C., Jiang, H., Schmidt, A. B. & Olfson, M. (2007). National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of general psychiatry*, 64(9), 1032–1039. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.9.1032>
- Regier, D., Narrow, W., Clarke, D., Kraemer, H., Kuramoto, J., Kuhl, E. & Kupfer, D. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 170, 59–70. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070999>
- Sagar-Ouriaghli, I., Milavic, G., Barton, R., Heaney, N., Fiori, F., Lievesley, K., Singh, J. & Santosh, P. (2018). Comparing the DSM-5 construct of disruptive mood dysregulation disorder and ICD-10 mixed disorder of emotion and conduct in the UK Longitudinal Assessment of Manic Symptoms (UK-LAMS) Study. *European child & adolescent psychiatry*, 27(9), 1095–1104. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1149-5>
- Stringaris, A. & Goodman, R. (2009). Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3), 216–223. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181984f30>
- Wakschlag, L.S., Choi S.W., Carter A. S., Hullsiek H., Burns J., McCarthy, K., Leibenluft E. & Briggs-Gowan, M.J. (2012). Defining the developmental parameters of temper loss in early childhood: implications for developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1099–108.

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



FOTO: STIAN SØRHEIM ESPEVOLL

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

Kan fagetisk bevissthet og refleksjon gjøre oss til bedre terapeuter?

Den siste tiden har innlegg i tidsskriftet gitt oss nære innblikk i opplevelser fra begge stoler i terapirommet knyttet til ISTDP. Som sikkert mange andre, har jeg vært takknemlig for at skribentene har våget å dele sine erfaringer og tanker med oss på en åpen måte. Det er lærerikt og tankevekkende.

Uavhengig av terapiform kan nok mange psykologer kjenne seg igjen. Vi holder fast ved en metode eller intervensjon mye lenger enn det vi burde ha gjort. Vi mister pasienten av syne bak kartleggingsarkene. Vi kommer tilbake fra kurs og fyrer løs med det siste vi har lært – uten å virkelig å ha tenkt helt igjennom om dette er rett for akkurat den personen vi har foran oss. Kanskje vi til og med gjør alt dette uten først å spørre den som sitter i rommet sammen med oss.

For min del vet jeg at jeg mer enn én gang har klampet ut i det med begge bena og vel så det. Heldigvis har jeg, i hvert fall noen ganger, hatt personer foran meg som har våget å si ifra. Når det har skjedd, har jeg fått muligheten til å justere meg og forhåpentligvis blitt bedre. Likevel minner innleggene meg om at det helt sikkert også har vært ganger der jeg ikke har fått tilbakemeldinger og ikke har justert. I verste fall har jeg gjort vondt verre.

At terapi kan ha liten og ingen effekt, forholder vi oss til. At terapi også kan skade, er det vanskeligere å ta inn over seg. Vi har valgt å bli psyko-

loger for å hjelpe, og det er vondt å tenke på at vi også kan bidra til det motsatte.

Jeg har fått spørsmålet fra studenter i veiledning – og mer erfarne kolleger: «Hva er egentlig det vanligste fagetiske dilemmaet for psykologer?» Det er gjerne de tydelige overtrampene de ser for seg. Privativering av relasjoner eller psykologer som mottar store og fine gaver fra pasienter. Jeg er usikker på om slike situasjoner egentlig presenterer reelle fagetiske dilemmaer, eller om de for de fleste oppfattes å være situasjoner der det fins et tydeligere rett og galt handlingsalternativ. Dilemmaene de fleste av oss står i langt oftere, er nok vanskeligere å få øye på, men ikke mindre viktig.

Noen tror kanskje at fagetiske dilemmaer ikke oppstår mer enn en sjelden gang. Andre kan ha en tanke om at det er mulig å gå igjennom et langt yrkesliv som psykolog uten et eneste fagetisk feiltrinn. Jeg er ikke enig i noen av delene. Fagetiske dilemmaer står vi i hele tiden – bevisst eller ubevisst. Vi forsøker å finne løsninger og



gjør valg i hvordan vi går videre. Men definisjonen av et dilemma er at dette er en situasjon man befinner seg i når man er tvunget til å godta den ene av to like ubehagelige muligheter. Det er altså ikke alltid et spørsmål om å handle innenfor eller utenfor fagetikken, men om å avveie alternativer som alle på en eller annen måte oppleves å være i strid med prinsippene.

Kanskje et vanligere fagetisk dilemma for psykologer er balansen mellom det å gi riktig og god hjelp – følge metoden, og samtidig virkelig respektere pasientens rett til samarbeid og medvirkning? Det å sørge for at vi til enhver tid har et godt orientert samtykke, legge til rette for selvbestemmelse og respektere pasientens perspektiver kan høres lett ut – men i praksis kan det være krevende.

Det er viktig for oss at hjelpen vi forsøker å gi, har et tydelig kunnskapsgrunnlag. Dette gir oss som yrkesgruppe legitimitet og tillit fra de vi skal hjelpe. Det er en del av de etiske prinsippene å «ha høy faglig kompetanse». Samtidig

kan en ensidig etterlevelse av dette prinsippet være i konflikt med vårt ansvar for å ha respekt for pasientens rettigheter og verdighet, slik andre av prinsippene oppfordrer oss til. Kan vi legge til rette for autonomi og selvbestemmelse dersom vi ikke lytter til tilbakemeldingene vi får? Har vi tilstrekkelig respekt for pasientens egen kunnskap og ekspertise dersom vi avskriver deres tilbakemeldinger som reaksjoner og symptomer – ikke som deres egne meninger? Og dersom tilbakemeldingene *er* reaksjoner eller symptomer – skal vi ikke likevel legge til rette for muligheten til at pasienten tar egne valg? Hva gjør vi så da, om valget pasienten vil ta, slik vi ser det, er til skade? Dette er virkelig et dilemma – og jeg vil tro et ganske vanlig et.

Etter å ha lest innleggene om ISTDP, har jeg tenkt på om fagetikken kan brukes til å helle litt mer is i årene på oss psykologer. Vil det å ha teorien i den ene hånden og fagetikken i den andre, og klare å bruke begge disse aktivt, kunne bidra til å bli mer oppmerksom på dilemmaer vi står overfor? Jeg tror og håper det. ❌

”

Vi har valgt å bli psykologer for å hjelpe, og det er vondt å tenke på at vi også kan bidra til det motsatte

Meninger



DEBATT

Inkvisisjon eller nyttig verktøy?

Full stopp er ikke et godt svar på kritikken mot faktaundersøkelser. Men vi trenger gode faglige standarder og etisk bevissthet om bruk av verktøyet, som har vist seg svært nyttig på et krevende arbeidsområde.



TEKST Camilla Hanneli Batalden, Elisabeth Østrem, Inger Margrete Svendsen, Audun Bredrup Petersen, Christer Mortensen, Anders Wahlstedt, Rudi Myrvang, alle i Fagutvalget for organisasjonspsykologi, Norsk psykologforening

FAKTA-UNDERSØKELSE

DE SISTE ÅRENE har det med jevne mellomrom blitt fremmet kritikk mot faktaundersøkelse som metode. Seneste innlegg i debatten er en bok som baserer seg på en studie gjennomført av to AFI-forskere (Nordrik & Kuldova, 2021). Faglig kritikk er viktig for utvikling, ikke minst når det er snakk om en metode som skal brukes i krevende situasjoner. Men når kritikken blir unyansert og polariserende, øker risikoen for at barnet kastes ut med badevannet.

HVA OG HVEM?

En faktaundersøkelse er en strukturert metode for å undersøke klager eller varsler som handler om brudd på gjeldende lov, forskrifter, avtaler, interne rutiner, policyer eller reglement i virksomheten.

Metoden kan komme til anvendelse når det er varslet om kritikkverdige forhold i en virksomhet. Ved slike varsler har arbeidsgiver plikt til å sørge for at varselet blir tilstrekkelig undersøkt innen rimelig tid. Hva som er kritikkverdig, er nærmere definert i gjeldende lovverk. Arbeidsgiver kan selv gjennomføre undersøkelsen eller innhente bistand utenfra for å gjennomføre den. I saker der det er naturlig å trekke inn psykologkompetanse, handler det ofte om krenkende, utilbørlig eller trakasserende atferd (f.eks. påstand om mobbing) i et arbeidsmiljø.

Metoden faktaundersøkelse kan også brukes i tunge konfliktsaker. Påstandene i den fremsatte klagen eller varselet kartlegges, og

vurderes deretter opp mot hva som er gjeldende rettspraksis knyttet til de paragrafene i arbeidsmiljøloven som omhandler disse forholdene. En faktaundersøkelse skal følge prinsippet om kontradiksjon, og bygger på god saksbehandlingsskikk. Det vil si at den som får en klage rettet mot seg, skal få disse påstandene fremlagt og gis mulighet til å komme med et tilsvarende svar til klagen. Sluttproduktet er vanligvis en rapport, der det konkluderes med om den informasjonen som har fremkommet, indikerer et brudd på gjeldende lov eller forskrift.

KAN VI IKKE BARE SNAKKE SAMMEN?

En vanlig metode for konflikthåndtering i norsk arbeidsliv har vært en eller annen form for meglings mellom konfliktpartene, der ofte også vernetjeneste og tillitsvalgte involveres. Dette bør fortsatt være den foretrukne arbeidsformen i mange konfliktsaker. Men det finnes også saker der konfliktnivået er så høyt at det å bringe partene sammen for å snakke om konflikten i seg selv virker eskalerende. Og hva når utgangspunktet er at en av partene beskriver konkrete tilfeller av uakseptabel atferd fra den andre? I en meglings vil da fokus fort kunne rettes mot hvilket bidrag begge partene har gitt til at den uakseptable atferden oppsto, ikke bare den som oppgis å ha utført den. Dette kan mange oppleve som en krenkelse i seg selv og minst like belastende som en faktaundersøkelse. I så måte er det en styrke ved en fakta-



KRØLL PÅ KONTORET En faktaundersøkelse er en strukturert metode for å undersøke klager eller varsler i en virksomhet. Metoden kan helt sikkert ha blitt brukt feil, skriver forfatterne av dette innlegget. Løsningen er imidlertid ikke å forkaste metoden, men å utvikle bedre brukere og forbedre metoden. Foto: Paul Tait/ Plainpicture / NTB

undersøkelse nettopp at det etableres avstand mellom partene mens undersøkelsen pågår, og at den som undersøker de fremsatte påstandene, kan styre informasjonen som legges fram for partene.

BELASTENDE PROSESS

Det er godt dokumentert at det kan være meget belastende å stå i en tung konflikt over tid eller oppleve seg mobbet på en arbeidsplass. Og en av grunnene til at mange ledere med rette kan beskyldes for konfliktvegring, er at de involverte ofte opplever til dels sterkt ubehag når konflikten blir forsøkt håndtert. Det relevante spørsmålet er derfor ikke om en faktaundersøkelse utløser ubehag. Det relevante spørsmålet er om faktaundersøkelser gjennomgående påfører de involverte en belastning utover den de allerede opplever gjennom å oppleve

seg mobbet eller være i tung konflikt. Å kunne trekke en slik konklusjon forutsetter langt mer enn å intervju et begrenset antall personer som har opplevd seg urettferdig behandlet underveis i en faktaundersøkelse. Og en kartlegging kan ikke utelukkende ha søkelys på dem som opplever faktaundersøkelsen som belastende. Mange kan oppleve strukturen som følger med en godt gjennomført faktaundersøkelse, som en befriende kontrast til situasjonen de ellers opplever.

KONFLIKTESKALERENDE

Det å få alvorlige påstander rettet mot seg kan i seg selv være konflikteskalerende. Samtidig er det nærliggende å spørre hva som er alternativet i en situasjon hvor vi har kommet langt forbi småergrelsene som mange av oss fra tid til annen kan kjenne på i forhold til enkelte



kolleger. Hvis påstandene ikke legges fram, vil den uholdbare situasjonen vanligvis vedvare og ofte utvikle seg til å bli enda mer belastende. Og meglingsvarianten har vi allerede påpekt kan virke mot sin hensikt når konfliktnivået er tilstrekkelig høyt. I en faktaundersøkelse vil påstandene kunne legges fram på en strukturert måte. Det kan utvilsomt oppleves belastende, men gir i hvert fall de involverte en mulighet til å komme med sin versjon uten risiko for munnhuggeri mellom de involverte. Og for enkelte kan en slik fremlegging gi en bevisstgjøring som heller demper konflikten enn det motsatte. Det er naturlig å være engstelig for hvordan kontradiksjonen i en faktaundersøkelse skal gjennomføres, men hensikten med kontradiksjon er det motsatte av inkvisisjon. Det er å gi de involverte anledning til å svare på påstander som rettes mot dem. Med god informasjon i forkant av undersøkelsen og en samtykkeerklæring knyttet til bruk av informasjon, vil de aller fleste være innforstått med arbeidsformen og forholde seg konstruktivt til den.

KONTEKSTLØS

Faktaundersøkelser har også blitt kritisert for å ensidig sette søkelys på enkeltpersoners atferd og se bort fra konteksten atferden utspiller seg i, for eksempel uklare roller etter en fusjon eller fravær av ledelse. Et grunnleggende prinsipp i arbeidslivet er at uakseptabel atferd er uakseptabel uansett hvilken situasjon en står i. Det er vanligvis ikke vanskelig å kunne peke på utenforliggende årsaker til at en ansatt mobber en kollega. Samtidig vil et søkelys på slike årsaker kunne få som resultat at mobberens atferd bortforklares eller unnskyldes. Det er derfor viktig med et mandat for faktaundersøkelser der det tydelig fremgår hva som skal undersøkes, og hva undersøkelsen skal avgrenses mot. Det utelukker ikke at faktaundersøkeren i sin tilbakemelding til oppdragsgiver kan vise til at mange av intervjuobjektene har pekt på forhold som ligger utenfor mandatet til undersøkelsen, som for eksempel rolleklarheter eller stor arbeidsbelastning. Oppfølgingen av en faktaundersøkelse behøver derfor ikke kun å være rettet mot håndtering av den mulig uakseptable atferden. Det er fullt mulig å legge til rette for generelle utviklings- og forbedringsprosesser med utgangspunkt i de forholdene som har blitt avdekket i faktaundersøkelsen, og på den

måten forebygge at nye tilfeller av uakseptabel atferd inntreffer.

ARBEIDSGIVERS VERKTØY?

En annen kritikk er at faktaundersøkelser er arbeidsgivers verktøy, og at konklusjonene nesten utelukkende går i arbeidsgivers favør. Metoden anbefaler imidlertid at mandatet utvikles i tett samarbeid med representanter fra verne-tjenesten og eventuelt tillitsvalgte, for å sikre medvirkning fra partene og få frem aspekter ved habilitet og bidra til en uhildet undersøkelse. Faktaundersøkelser bør også forankres på et nivå der oppdragsgiver har den nødvendige avstanden til å ikke ha interesse av at utfallet skal gå i den ene eller andres favør. Dette kan utfordres, for eksempel hvis et varsel er rettet mot direktør og styreleder er oppdragsgiver. Men det kan ikke dermed konkluderes med at en konklusjon i direktørs favør er i styreleders interesse. Og hva med en situasjon der en avdelingsleder får to varsler fra en teamleder og en medarbeider som gjensidig beskylder hverandre for mobbing, og der avdelingslederen i utgangspunktet mener at begge er like gode? Det er følgelig ikke automatikk i hva som er i arbeidsgivers favør. En annen side er at mange påstander handler om en situasjoner der de involverte har motstridende beskrivelser av hva som har skjedd, og der ingen andre har observert situasjonene. En faktaundersøker bør i en slik situasjon, i tråd med vanlige rettssikkerhetsprinsipper, normalt lande på at det ikke er grunnlag for en entydig konklusjon. Selv om det kan bety at en medarbeider ikke får støtte i sin påstand om mobbing, er det likevel rart å konkludere med at det er en konklusjon i arbeidsgivers favør.

EN KREVENDE METODE

En kritikk mot et verktøy vil fort rettes mot verktøyet i seg selv uten å være konkret på alternativer eller ta hensyn til utgangspunktet for at dette verktøyet ble foretrukket fremfor andre tilnærminger. Den viktigste grunnen til at faktaundersøkelser brukes relativt hyppig, er at metoden har vist seg anvendbar i vanskelige arbeidsmiljøsituasjoner. Det er ikke dermed slik at bruk av faktaundersøkelser er uten utfordringer og dilemmaer.

En utfordring er at det er en tilsynelatende enkel metode. Samtidig er den tenkt brukt i spesielt krevende situasjoner, der enkeltpersoner

soner kan være sterkt preget, og der tidvis hele arbeidsmiljø kan være i knestående. Bruk av faktaundersøkelser bør derfor være forbeholdt personer som har erfaring med å håndtere slike krevende situasjoner, ikke bare metoden. «Nye» faktaundersøkere bør ha veiledning under de første oppdragene. Juridisk rådgivning og kvalitetssikring bør også være normalen hvis faktaundersøkeren ikke har arbeidsrettslig kompetanse selv.

En faktaundersøker bør også ha ryggrad til å si nei til faktundersøkelser når det er sannsynlig at andre og mindre ressurskrevende metoder kan gi like godt, eller godt nok, resultat. Det kan bety å stå opp mot en arbeidsgiver som vil ha alt på bordet for å «ta» en brysom medarbeider. Det kan også bety å stå opp mot en medarbeider, som i tillegg kan være representert av både tillitsvalgt og advokat, som ønsker en ny runde for å få omgjort det som fremstår som helt legitim bruk av styringsretten fra arbeidsgivers side.

Som tilfellet er med mange andre metoder som brukes i situasjoner der samspillet mellom mennesker har blitt vanskelig, handler det om å ha tilstrekkelig kompetanse til å håndtere det komplekse og uforutsette, og ha en etisk bevissthet i møte med de mange dilemmaene som oppstår underveis. Det finnes helt sikkert eksempler på at faktaundersøkelser har blitt brukt på feil måte, at prosessen har blitt kjørt på en uheldig måte, eller at intervensjonen har medført unødig belastning for de involverte. Det samme er tilfelle for de fleste tilnærminger som er i bruk for å håndtere vanskelig samspill mellom mennesker. Metoder har ikke bare nytteverdi, men også begrensninger og svakheter. Feil bruk av metoder kan i noen tilfeller også ha skadevirkninger. Bruk av alternative metoder som rettsapparatet, har for mange også gitt utfall som har vært skadelig for både person og virksomhet. Medisinen mot feil bruk av metoder handler om å utvikle kompetente brukere og forbedre metoden etter hvert som ny kunnskap fremkommer. Målet må være å etablere gode faglige standarder. Ikke å sette full stopp for en metode eller verktøy som med kompetent og etisk bevisst bruk har vist seg å være et nyttig verktøy på et svært krevende arbeidsområde, der det er lett å feile og gjøre mer skade enn gagn – uavhengig av metode som benyttes. ✕



Det relevante spørsmålet er om faktaundersøkelser [...] påfører de involverte en belastning utover den de allerede opplever gjennom å oppleve seg mobbet eller være i tung konflikt

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

DELTA I DEBATTEN

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

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

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

HOVEDKRONIKK

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

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



John Thomson 21

Medisinfri behandling fra innsiden

Det vil være synd om medisinfrie tilbud legges ned, slik Røssberg anbefaler, før vi får resultater fra forskning. For om tilbudet er like bra som ordinær behandling, er det vel en revolusjon?

FÅ SOM JOBBER i behandlingstilbudene, har deltatt i debatten om medisinfri behandling. Her vil jeg derfor dele min historie: I min første jobb som seksjonsleder i psykisk helsevern ble jeg utpekt som prosjektleder for medisinfri behandling på Ahus. Det var høsten 2016. Den polariserte debatten om behandlingen var i gang, og jeg hadde liten formening om hva medisinfri behandling var.

Tiden etter at jeg overtok jobben, fikk jeg flere klager direkte fra pasientene. «Hvorfor fikk de ikke hjelp under innleggelsen? Hvor var behandlingen?» Klagen kom på samme tid som personalet gjorde det de var bedt om, og opplært i å gjøre. Behandlingen innebar en time på kontoret til legen eller psykologen, og pasientens oppgave var å komme i kontakt med dem. Den var begrenset til en eller to timer i uka. Tilgangen til legemidler og eventuelt medisiner var god. Medisinnrommet ble kalt «Godtebua» av pasientene. Pasientene satt på røyketerrassen og snakket om sin misnøye med den manglende behandlingen. Aktivitetene var færre, og strukturen var løs. Pasientene kunne sove over frokost. Jeg vet at jeg beskriver dette litt nedlatende, men det er ikke fordi jeg eller personalet var dumme eller ondsinnede som drev behandling slik. Vi var den samme gruppen mennesker som tidligere, likevel klarte vi å snu om på hele behandlingen og arbeide annerledes.

PASIENTENS HELSEVESEN?

Prosjektgruppen som iverksatte Medisinfri døgnenhet, laget mandat, basert på problemstillinger som hva Medisinfri behandling skulle være, og hva den skulle inneholde.

Vi skulle følge de syv aksjonspunktene for medisinfri behandling, men hvordan skulle vi tolke dem (Hammer, 2017)? For dette er ikke en kampanje mot all legemiddelbruk. Det var i grunnen en ny opplevelse for meg hvor lite fornøyd mange av pasientene og brukerorganisasjonene var, hvordan de mislikte virkningen av psykofarmaka, og hvor fortvilede de virket for behandlingen de hadde fått. Var det takken? Alt strevet alle fagfolk la inn i lange studier, spesialisering og karrierer, nitid og grundig forskning og vitenskap, og så ville de ikke ha det?

Jeg leste det jeg kom over av forskning om Recovery. Vi leste oss opp på psykose, nevroleptika og SSRI-studier, historiene til psykoseoverlevende, psykiatrioverlevende, antipsykiatri, Robert Whittakers litteratur (han driver nettstedet «Mad in America») og psykiater Joanna Montcrief, som skriver godt om hvordan legemidler kan forstås. Vi dro til BET på Lier og hospiterte der. Vi leste om Modum og ISTDP-posten på Thorsberg, som ble nedlagt ved Drammen DPS. Vi leste oss opp på Feedback Informerte Tjenester (FIT), Open dialogue, Illness Management and Recovery (IMR), Affektbevissthetsmodellen. Vi kalte vår tilnærming IFA-metoden. Illness Management and Recovery, FIT og Affekt. Tre bokstaver kan fagfolk huske, tenkte vi. Vi ønsket å tilby et mangfold av psykologiske tilbud som pasienten kunne velge fra, der pasienten kunne nyttiggjøre seg ut fra egen personlig preferanse. Fysisk aktivitet, musikkterapi, kunst og uttrykksterapi, og så videre.

Vi fikk straks utfordringer med å åpne en medisinfri enhet. Det var to enheter på Moenga



TEKST

Anders Wenneberg,
psykologspesialist

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

MEDISINFRI BEHANDLING



... det er roligere på Medisinfri døgnenhet fordi vi involverer, forstår og snakker med pasientene på en annen måte enn før

(avdelingen på Ahus), og spørsmålet var hvilken som skulle bli den medisinfrie enheten. Til min store forbauselse svarte 97prosent av personalet etter en spørreundersøkelse at de ønsket å arbeide på en slik avdeling. Noen ønsket faglig påfyll, noen ville gjøre noe nytt og spennende. Andre ønsket kanskje å erfare at den medisinfrie enheten fikk mer ressurser, eller lot seg rive med i entusiasme. For oss var det ikke så lett å forklare den nye metodikken. Å sette seg inn fersk litteratur og formidle kunnskap til personalet tok tid. Vi sendte rekordmange på IMR-kurs, og arrangerte fagdager. Personalet ble bedt om å jobbe annerledes. Miljøpersonalet skulle være behandlere, ikke bare de som fulgte pasientene til behandling hos lege/psykolog. Vi drev døgntjeneste og lagarbeid. En annen type behandlingstilbud enn poliklinikk. De første pasientene ble prøvekaniner. De var tålmodige og forståelsesfulle, kanskje fordi personalet viste ydmykhet.

Det kom ikke mer ressurser. Vi brukte mindre tid på administrasjon av legemidler, og nå forvalter pasientene sine legemidler i egen dosett. Etter trekvart år stengte vi enheten i helgene. Ikke på grunn av økonomi, selv om det også var gunstig, men fordi personalet hadde blitt dyktige til å mobilisere pasientene til å reise hjem, trene på det som var viktig for dem, og utforske livet utenfor behandlingen, så de kunne komme tilbake til å jobbe med seg selv og sine prosjekter uken etter. Siden den andre posten holdt åpent, hadde vi beredskap. Vi lurte lenge på om pasientene på den andre posten var der i helgene fordi de hadde et høyere lidelsesstrykk, men målinger med Outcome Questionnaire- 45, (OQ-45) bekreftet ikke en slik hypotese.

INGEN DØDE, INGEN SKANDALER

Nå er det snart fem år etter oppstarten i 2017. Ingen døde, ingen skandaler. Til og med Jan Ivar Røssberg mener vi er faglig forsvarlige, og nærmest så mainstream at vi burde legges ned (Røssberg, 2021). Selv om Røssberg erkjenner, etter fem år som deltaker i en opphetet debatt, at han ikke vet hva medisinfri behandling er. Og det er antagelig under én prosent av døgntilbudet i Norge som er medisinfritt. Samvalg finnes. Skiller vi oss i det hele tatt fra resten av psykisk helsevesen? Er dette noe spesielt? Er det ikke vanlig å drive nedtrapping av psykofarmaka når pasienten har behov for døgntilleggelse? Bør tilbudet legges ned, eller bør neste steg være å utvide til medisinfri akuttpsykiatrisk enhet?

Ukeprogrammet til edisinfri døgnet er endret, kanskje 20–30 ganger i løpet av de siste fire årene. Innholdet forbedret. Vi har vært opp-tatt av at pasientene skal spørres og høres. Det arbeides systematisk med å bedre relasjonen med hver enkelt. Derfor skal de delta i å planlegge behandlingen. Vi måler det hver uke, og vi snakker med pasientene om målingene for å tilpasse behandlingen. Da får vi kvalitative og kvantitative data.

Vi har tatt i bruk rollespill, økt samspill rundt personalets egne følelser og kommunikasjon om følelser, empati og tilbakemeldinger. Jeg tror American Psychological Association (APA) har et poeng ved å innføre «Direct Observations» som veiledningsstandard. Du blir ikke en bedre terapeut uten å trene ut fra hvor du står. Jeg tror at vi bør tørre å være sårbar overfor våre kolleger, og anerkjenne deres smerte. Du er ikke mindre sårbar enn din pasient. Hvordan bruker du makten din?

Vi har opplevd at pasienter blir psykotiske, maniske og suicidale, men dette tåles, forstås og snakkes om. Er det fordi pasientene trapper ned

på legemidler? Det er en mulig tolkning. Fra et klinisk perspektiv kan det like gjerne være vanskelige livshendelser eller retraumatisering som utløser det. En skilsmisse, et forhold som tar slutt, andre krenkelser, eller dødsfall i familien kan også inntreffe mens du er sårbar og innlagt. Forverringene går fint, selv om vi noen ganger må «sitte ekstra tungt i stolen». Alle har overlevd. Personalet har også overlevd, og jeg tror de opplever det som meningsfylt å arbeide systematisk og metodisk sammen. Det høres dramatisk ut, men det er roligere på Medisinfri døgnet fordi vi involverer, forstår og snakker med pasientene på en annen måte enn før. Slik unngår vi konflikt og deler medmenneskelighet.

FUNGERER MEDISINFRI BEHANDLING?

Blir pasientene bedre på lengre sikt? Verre? Vårt mål er å tilby økt valgfrihet. Valget til å velge annet enn legemidler, for å få det livet en vil ha. Vi håper at det er omtrent like bra som ordinært tilbud fra psykisk helsevesen. Vi lar forskningsgruppen vår finne ut av det. Jeg var heldig og fikk være med på en paneldebatt på Litteraturhuset i Oslo 2.11.17 (Slade, 2017). Der deltok professor Mike Slade, som er kjent for Recovery. Jeg fortalte ham om prosjektet. Jeg sa at vi ikke hadde ambisjoner om å være bedre enn ordinær behandling, men håpet på at vår behandling – sammen med nedtrapping av legemidler – kunne være like god. Han sa: «If you can show that Medication free treatment is equally good, It would be a revolution.»

Forskningsgruppen publiserte nettopp sin første artikkel i psykologspesialist Kari Standal's ph.d.-oppgave (Standal, 2021). Vi har bidratt til at det er skrevet tre hovedoppgaver i psykologi, og vi har samlet inn hundrevis av OQ-45 og WAI, både til bruk i klinikk, intern kvalitetsforbedring og forskning. Vi ønsker å vite hvem som ønsker denne type behandling og hvorfor, hva de opplever, og hvordan det går med dem over en treårsperiode. Er dette forskningsfiendtlig eller mot vitenskap på noen måte? Vil ikke Røssberg vite mer om dette?

Det er jo litt synd om Medisinfri døgnet skal legges ned før vi får resultater fra forskning, på bakgrunn av en «anti-medisinfri»-dogmatisk bevegelse. For om den er like bra som ordinær behandling, da er det vel en revolusjon. ✘

REFERANSER:

- Smedslund G., Siqveland J., Kirkehei I., Steiro A.K., (2018). Langtidsbehandling med antipsykotika hos personer med schizofrenispektrumlidelser: en systematisk oversikt. *Folkehelseinstituttet*. <https://www.fhi.no/publ/2018/langtidsbehandling-med-antipsykotika-hos-personer-med-schizofrenispektrumli/>
- Hammer, J. (2017.) Bort fra «god effekt, angir ingen bivirkninger» og mot et mer systematisk arbeid knyttet til psykofarmaka i akuttbehandling. *Akuttnettverket.no*
- Røssberg, J.I. (2021). En debatt om alt og ingenting. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(7), 608–611.
- Slade, M. (2017). Mike Slade – introduksjon til panel-samtale om Recovery – *Erfaringskompetanse.no*
- Standal K., Solbakken O.A., Rugkåsa J., Martinsen A.R., Halvorsen M.S., Abbass A., Heiervang K.S. (2021). Why Service Users Choose Medication-Free Psychiatric Treatment: A Mixed-Method Study of User Accounts. *Patient Prefer Adherence*. 2021;15:1647–1660 <https://doi.org/10.2147/PPA.S308151>

DEBATT OM MEDISINFRI BEHANDLING

Tidligere innlegg:

- Nr. 09 – 2021** Pasienterfaringer uten medisiner (anonym)
- Nr. 09 – 2021** Optimal behandling må bygge på tillit (Jan Ivar Røssberg)
- Nr. 08 – 2021** Kravet om medisinfri behandling er et bruker-opprør (Anders Skuterud)
- Nr. 07 – 2021** En debatt om alt og ingenting (Jan Ivar Røssberg)
- Nr. 07 – 2021** Retten til medisinfri behandling (Mikael Julius Sømhovd, Aina Fraas-Johansen)
- Nr. 06 – 2021** Forskning først, behandling etterpå (Jone Bjørnstad, Wenche ten Velden Hegelstad)
- Nr. 06 – 2021** Lar brukernes rettigheter komme i annen rekke (Mikael Julius Sømhovd, Aina Fraas-Johansen)

Debattert

Tommelen opp eller ned for felles henvisningsmottak?

Hvilke følger vil felles henvisningsmottak for DPS og avtalespesialister kunne få for ventetid, spurte Bård Lyster på FB-gruppa Psykologer. Vi har klippet fra tråden.

Kortere ventetid: Jeg tror at det vil føre til kortere ventetid, bedre oversikt over ventetider, bedre utnyttelse av kapasitet og bedre prioritering. Bare vinn-vinn situasjon for alle aktører.

Tonje Lossius Husum

Større forpliktelse: Med felles henvisningsmottak vil DPS-ene være forpliktet til å gi tilbud innen frist til de som avtalespesialistene ikke har kapasitet til å ta inn. Avtalespesialistene kan ikke pålegges inntak hvis de ikke har kapasitet. Det kan ansatte i DPS-ene. (...) Det er bra at pasienter skal slippe å stå på endeløse ventelister, men det blir spennende å se hvilken effekt det får på øvrig spesialisthelsetjeneste.

Joan Sigrun Nygard

De dårligste pasientene: Det som er det store problemet (...) er at ikke de som absolutt trenger et tilbud, men som kanskje ikke fyller helt kriteriene i veilederen, nå har en mulighet for en vei inn. (...) Et annet betydelig problem med dette, er at man i stor grad risikerer, at avtalespesialistene blir sittende med utelukkende svært dårlige pasienter, som man egentlig bør ha et team rundt seg for å jobbe med.

Anna M. Szulc

Prioriteringsveilederen: Når avtalespesialistene også skal inn i felles henvisningsmottak betyr det jo at absolutt ingen uten den alvorlighetsgrad i symptom og funksjon som prioriteringsveilederen legger til grunn skal få offentlig tilbud.

Kjersti R. Aartun

Felles ansvar: Det er et gode for pasientene at de ikke blir overlatt til seg selv med en henvisning og en liste over avtalespesialister. Men nå er det et felles ansvar for alle impliserte parter at man sørger for at dette tiltaket ikke medfører at terskelen for å komme inn på DPS ikke blir hevet, at forløpet på DPS ikke blir ytterligere forkortet og at avtalespesialistene kan forbli tro mot sine faglige vurderinger for når pasientene skal avsluttes.

Birgit Aanderaa

For få hjemler: ... det håpløse er jo at det ikke blir opprettet flere hjemler. Det er samme antallet nå som for ca. 20 år siden, tror jeg.

Nora Rustad

Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy

– Methods, Evidence, Indications and Limitations

While ISTDP is not a panacea, it is a treatment that is clinically useful in diverse psychological and psychiatric samples.

TEXT Allan Abbass
MD, FRCPC, Dalhousie
University, Canada

ISTDP

IN THIS ARTICLE I will follow up the article by Camilla Barthel Flaaten published in this journal and speak more broadly about intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP). I wish to thank Dr Flaaten for writing her article and raising a series of questions and concerns of importance to the practice of psychotherapy and to the practice of ISTDP specifically. I will write here about the general ISTDP working metapsychology of the unconscious and attachment trauma, the stance of the ISTDP therapist, types and timing of interventions, indications and contraindications for ISTDP, the evidence base for ISTDP, training methods, the limits of the model and possible pitfalls/adverse effects of the method.

METAPSYCHOLOGICAL BASIS OF ISTDP

Based on more than one thousand case studies using videotaped research (Davanloo, 1977; Abbass et al., 2015a), an in-depth understanding of patterns and processes deriving from unresolved attachment trauma has been developed. Interrupted attachments produce a series of feelings including at least grief. In most individuals who have had attachment trauma, the interruption is so painful that it induces rage that is guilt-laden and that becomes buried and avoided. Later relationships activate the attachment feelings including love, grief and any rage and guilt about the rage. When these feelings are mobilized at an unconscious level, they induce unconscious anxiety in specific demonstrable pathways and a series of matching unconscious defense patterns (Davanloo 2000; Abbass, 2015).

Unconscious anxiety has specific observable patterns affecting voluntary muscle tension (tense muscles, sighing, muscle pain and spasms), smooth muscle (bowel, bladder,

blood vessels), and cognitive-perceptual function (affecting vision, hearing, concentration, memory and level of consciousness). Some categories of unconscious defense include isolation of affect (intellectual awareness without feeling the emotions), repression of emotions, projection and other primitive defenses and resistances against emotional closeness. These specific patterns are related to emotions of different levels of intensity, typically occurring at different stages of child development. All of this has been studied and repeatedly observed on video-recorded cases throughout treatment courses, leaving us with a pathophysiology of attachment trauma, physiology of emotions and metapsychology of unconscious operations (Davanloo, 1977, 2000; Abbass, 2015).

STANCE OF THE ISTDP THERAPIST

When the therapist and patient form a therapeutic bond, with a shared goal that is agreed upon by both, unconscious, unprocessed complex feelings about attachments in the past are mobilized. These feelings then manifest as unconscious anxiety and subsequent unconscious defenses. Together, the therapist and patient identify unconscious defenses and unconscious anxiety and enable the patient to identify and process the feelings that are being activated by the attachment process with the therapist.

For perhaps a majority of patients, depending on the clinical setting, the process requires a supportive component designed to build self-reflective capacity, anxiety tolerance and ability to recognize emotions. This process includes what is called the graded format, in which complex feelings and subsequent unconscious anxiety are mobilized and reflected upon. This work changes the anxiety pat-



If the defenses are not adequately clarified before challenging them, the patient will feel himself to be under attack



ACTIVE TREATMENT As this treatment is very active, it is open to perhaps an increased risk of adverse effects. This places demands on the therapist necessitating rigorous training, writes Allan Abbass.

tern from the smooth muscle or cognitive-perceptual field to voluntary muscle (Davanloo, 2000, Abbass, 2015). With these changes, the patient can then tolerate and begin to experience the underlying past feelings underpinning the anxiety.

For such challenging work to be therapeutic, the process needs to be completely voluntary, clear and understood by both parties. Any tendency of the patient to passively comply with the therapist must be recognized and addressed as a treatment-defeating mechanism. The process requires positive regard back-and-forth between both people, even while complex feelings are mobilized within them. In other words, a solid team is required, with aspects of conscious therapeutic alliance and all the other common psychotherapy factors that have been well established through diverse research. From this space, a collaborative examination of feelings, anxiety and defenses may occur safely and comfortably.

THERAPEUTIC INTERVENTIONS: ACTIVITY VERSUS HOSTILITY

The types of intervention that flow from this therapeutic bond include exploratory processes, clarification of avoidant patterns/defenses, challenge to defenses and further elaborations of these interventions. Linking of various phenomena, recapitulation, anxiety regulating methods and methods to facilitate emotional experiencing are also important elements (Davanloo, 2000; Abbass and Town, 2013; Abbass, 2015).

The timing of these interventions is extremely important. If clarification and challenge >>

are done when those defenses are not present, the patient may perceive himself to be under attack. If the defenses are not adequately clarified before challenging them, the patient will feel himself to be under attack. Suffice to say, each intervention should augment the therapeutic bond, including conscious and unconscious aspects of the alliance. To ensure this, each intervention should be met with a combination of verbal and nonverbal responses that demonstrate that the intervention was both understood and helped the patient move in a healthy direction toward greater self-caring, self-understanding and forgiveness of self and others.

The process is tailored to the patient's unconscious anxiety and defense formats. In tertiary clinics where ISTDP is used (Abbass et al., 2015a), the vast majority of patients have low anxiety tolerance and thus receive a supportive, capacity-building format of the treatment to begin with. In this supportive or *graded* format, there is little to no challenge to defenses, rather the main focus is placed on building reflective capacity and improving anxiety tolerance.

Viewing video-recorded work where patients experience intense anxiety-provoking and painful feelings about past abuse can initially appear to be hostile to first-time viewers. This may occur more easily when one has seen only a short presentation with intense emotional processes. This perception was the same for me in 1990 when I was first exposed to this method (Kenny, 2013). I thought that the *patient* rather than the *patient's defenses* were under attack. It was not until I saw the patient become very open, go through very painful feelings of lost bonds, express deep gratitude to the therapist and have robust therapeutic benefits that I had to question my own tendency to avoid the depth of my feelings and those of my patients. Through the past 30 years of work, I have become convinced that, all too often, psychiatrists and psychologists are not encouraged to face their own feelings and destructive avoidant tendencies and those of their patients, to the detriment of both; this is, in my view, a form of passive hostility and neglect which we as a field and as teachers need to address.

INDICATIONS AND CONTRAINDICATIONS

ISTDP has been used and studied for a broad range of clinical presentations, including the full spectrum of common mental disorders (Abbass, 2015), and has also been used as an

adjunct in severe mental disorders (Abbass, 2016; Abbass et al., 2019) and addiction (Frederickson et al., 2020).

Having said this, the single ultimate indication for treatment is a response to a trial of therapy. The trial therapy determines the treatment pathway, suitability for treatment and potential concerns, establishes causative factors, and enables an overview of the person's problems. The trial therapy itself has an evidence base for being clinically effective and cost-effective (Abbass et al., 2008, 2017, 2018). It is from this assessment that a decision is made on whether or not to proceed with treatment with the therapist and patient as a team. In other words, no single diagnosis or problem is set as an absolute indication for this treatment.

Categories of patients who may benefit from the treatment include patients with dissociative elements, borderline personality features, unresolved grief, non-bipolar depression, the spectrum of somatic conditions linked to smooth muscle anxiety or with varying degrees of habitual avoidance of closeness and intimacy driven by unconscious tension. There are more detailed and unique psychodiagnostic findings occurring in two categories, including the spectrum of psychoneurotic disorders and the spectrum of fragile character structure. Patients with fragile character structure may take longer to treat, ranging from 20 sessions to two years or more depending on the severity of fragility and treatment goals; hence the treatment is not always short-term.

Even though there are randomized controlled trials, case series and case reports for the full spectrum of common mental disorders, DSM-5-type diagnoses do not determine the unique dyadic process of treatment. The process is transdiagnostic, focusing on specific parameters of conscious and unconscious processes to tailor the treatment to each patient.

There are few absolute contraindications to having a trial therapy. If the person has active substance use and is coming to the session intoxicated, then medical withdrawal or specialized programs using ISTDP methods and drug counseling may be required. If a person has active psychosis or active mania, then he would typically require stabilization of some sort. Furthermore, ISTDP is used as a supportive adjunct in these populations. Active inflammatory bowel disease and some other active autoimmune syndromes may be at risk of worsening in treatment due to anxiety and to the stress of the process itself.

One contraindication to this method, however, is centrally important: if a person does not have an internal set of difficulties that relate to problems with unconscious, unprocessed feelings related to attachment trauma, this treatment is not appropriate. This is not a treatment for external problems, nor for social problems per se on its own. If a patient and therapist do not see direct evidence of unconscious, unresolved emotions visible as unconscious anxiety and defense, then this treatment is contraindicated and other options should be considered.

EVIDENCE BASE FOR ISTDP

Short-term psychodynamic psychotherapy methods have been subjected to over 250 randomized controlled trials (Lilliengren, 2021). ISTDP and related derived methods – under the umbrella of experiential dynamic therapies – have been subjected to about 50 randomized controlled trials and many case-series studies. These randomized trials cover the spectrum of anxiety disorders, depression, personality disorders, addiction and somatic symptom disorders. A review of some of these studies

in 2016 (Lilliengren et al., 2016) found that the method collectively outperforms other bona fide treatments. At the time of that study there was an inadequate number of studies to assess whether it outperformed any specific individual treatments like cognitive behavioral therapy. It did outperform supportive therapy. The authors found this treatment to have a low dropout rate of 16.3%. In a recent meta-analysis of short-term dynamic therapies for somatic symptom disorders, a small series of RCT studies pointed to superior effects from ISTDP compared with CBT in chronic pain samples (Abbass et al., 2020).

At least 25 studies have measured the cost effectiveness of this treatment (Abbass and Katzman, 2013, Abbass et al., 2013a, 2015a and b, 2018, 2019). This evidence points to large and persistent reductions in doctor, hospital and emergency use. There is also evidence of reductions in medication. Other studies point to reduced disability costs. In one study of a chronic welfare population, the government saved three quarters of a million Canadian dollars by helping people return to work.

A large number of studies of these treatments have been conducted on complex and refractory treatment populations (Abbass, 2016 Town et al., 2017). In a high-quality RCT, ISTDP outperformed community mental health treatment (medication and mostly CBT) as usual for treatment-resistant depression, and had the highest published remission rate of any treatment in follow-up (40%) (Town et al., 2017, 2020). Another study done in Drammen, Norway found that refractory patients benefitted in comparison to waitlist controls and had reduced costs, and that in follow-up, patients also had a high rate of remission on self-reported measures. An RCT found ISTDP for addictions to outperform drug counselling (Frederickson et al., 2019). This ability to assist patients who are complex, highly resistant and who do not respond to other approaches may be the most important contribution of this method to psychological care (Solbakken and Abbass, 2014, 2015, 2016).

The treatment has also been studied for refractory patients with severe mental disorders. As an adjunct to patients with psychotic disorders and bipolar disorders, there is some preliminary data for cost-effectiveness and clinical benefits that persisted in follow-up (Abbass et al., 2015b, 2019). One study of inpatient psychiatry showed reduced use of electro-

convulsive therapy that offset the cost of the psychologist (Abbass et al., 2013a).

As described above, the treatment assessment which is called a trial therapy brings about significant symptom reduction on average and shows evidence of cost-effectiveness (Abbass et al., 2008, 2017, 2018)

Beyond these outcome research studies, around 20 process studies of ISTDP and related methods have been conducted (Abbass et al., 2013b; Town et al., 2019). Studies point to a very high rate of therapist interventions in this treatment. Other studies found that sequential work on defenses predicts emotional experiencing and that emotional experiencing predicts improvement on the outcome measures. Specifically, the process of unlocking the unconscious is related to interpersonal and symptom gains as well as to healthcare use reduction in follow-up. Emotional processing, and in specific the experience of anger, also helps patients in treatment (Town et al., 2019, Town et al., in press). Some studies assessing mechanisms of change were recently reviewed (Hoviatdoost et al., 2020).

Many of all these studies were conducted by our group here in Canada. However, many were conducted independently by other groups around the world. There are studies in which I was a co-author but did not provide the treatment or direct clinical supervision but rather supported the research design and/or publication.

LIMITS OF THIS RESEARCH

It is important to note that the results of all this research point to an evidence-based and efficient treatment that appears to be cost-effective and broadly applicable in clinical samples. However, there are nonresponse rates in every study, and dropouts in virtually all of them. I documented my first six years of cases and found that about 80% of patients had gains on outcome measures and did not return for treatment in a passive follow-up period (Abbass, 2002). However, 20%, or one in five, did not make gains, dropped out, or returned for further treatment. This figure of 80% is similar to what Davanloo reported (83%) in his first large case series (Davanloo, 1977). The obvious conclusion here is that this treatment is not a panacea, but at the same time appears to be beneficial and well tolerated for a significant majority of people who undertake the treatment.



The process
is trans-
diagnostic



TRAINING

As this treatment is very active, it is open to perhaps an increased risk of adverse effects. Even though the dropout rates are relatively low with ISTDP, the high level of activity places demands on the therapist necessitating rigorous training. First, trainees are expected to attend immersion courses where details of processes are reviewed with the use of case videos. Second, trainees undergo video-recorded group supervision. Third, trainees are expected to make a case study of all of their cases to evaluate suitability. Fourth, people are expected to self-review to check clinical response and to continually improve treatment skills. Fifth, trainees are expected to self-examine and become aware of their own emotions, even while treatment for the therapist is neither expected nor generally required. Literature is provided and there are some self-report guides for self-supervision as well. In this training, idealization of the method and the trainers is actively discouraged as a barrier to learning and self-development (Abbass, 2004).

In studies of therapists in training, the treatment has been demonstrated to be effective in both anxiety disorder samples and mixed samples (Rocco et al., 2021; Abbass, 2004; Abbass et al., 2013c). The number of hours of training also seems to correlate with improved cost-effectiveness. In our largest study of 890 patients, over 50 trainees contributed outcome data. These therapists were psychologists, psychiatrists, family doctors, psychiatry residents, social workers and behavioral nurse specialists (Abbass et al., 2015a).

POSSIBLE PITFALLS AND ADVERSE EFFECTS

Even with the above safeguards, and with detailed guidance and training, adverse effects can and do sometimes occur. We recently published a paper on how rupture is managed and how misalliance is avoided actively within the ISTDP frame (Abbass and Town, 2021).

There are multiple factors that may interrupt the treatment alliance and produce adverse effects. First, therapist countertransference responses, anxiety and defenses can interrupt the treatment alliance. Second, mistiming or misapplication of interventions can lead to misalliance or other adverse effects. Third, failure to establish a conscious therapeutic alliance and shared task can result in adverse effects or no treatment benefit. Fourth, failure to recognize and manage a person's defenses with which the patient is not well acquainted can result in a range of difficulties including misalliance or a passively compliant process without benefit. Finally, failure to recognize any biological, social, familial or other factors in symptom causation can lead to partial response or negative effects, depending on the factors.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

While ISTDP is not a panacea, it is a treatment that is clinically useful in diverse psychological and psychiatric samples. It appears to work by improving emotion regulation, by facilitating emotional experiencing and building insight which, combined, can help to heal attachment trauma. It is quite an active treatment which helps people overcome unconscious habitual avoidant patterns that became galvanized during interpersonal trauma in childhood. It has significant applicability but is also limited to clinical utility in people with attachment trauma and unconscious emotional problems. As an active approach, there is risk of misalliance, and this risk should be offset by training, video-recorded self-review, peer support and ongoing education around challenging populations. ✕

REFERENCES

- Abbass, A. (2002). Office Based Research in Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP): Data from the First Six Years of Practice. *Ad Hoc Bull Short-Term Dynamic Psychother*, 6(2), 5–14. <http://reachingthroughresistance.com/wp-content/uploads/2021/09/Spectrum-and-Outcomes-2002.pdf>
- Abbass, A. (2004). Idealization and Devaluation as Barriers to Psychotherapy Learning. *Ad Hoc Bull Short-Term Dynamic Psychother*, 8(3), 46–55. <http://reachingthroughresistance.com/wp-content/uploads/2018/04/Idealization-paper2004.pdf>
- Abbass, A. (2004). Small-group videotape training for psychotherapy skills development. *Academic Psychiatry*, 28(2), 151–155. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.28.2.151>
- Abbass, A., Joffres, M. R., & Ogrodniczuk, J. S. (2008). A Naturalistic Study of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy Trial Therapy. *Brief Treatment & Crisis Intervention*, 8(2), 164–170. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhn001>
- Abbass, A., Campbell, S., Magee, K., & Tarzwell, R. (2009). Intensive short-term dynamic psychotherapy to reduce rates of emergency department return visits for patients with medically unexplained symptoms: preliminary evidence from a pre-post intervention study. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 11(6), 529–534. <https://doi.org/10.1017/S1481803500011799>
- Abbass, A. A., Town, J. M., & Bernier, D. C. (2013a). Intensive short-term dynamic psychotherapy associated with decreases in electroconvulsive therapy on adult acute care inpatient ward. *Psychother Psychosom*, 82(6), 406–407. <https://doi.org/10.1159/000350576>
- Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2013b). Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy: A Review of the Treatment Method and Empirical Basis. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16(1), 6–15. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2013.84>
- Abbass, A., Kisely, S., Rasic, D., & Katzman, J. (2013c). Residency Training in Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Methods and Cost-Effectiveness. *Psychiatr Ann*, 43(11), 508–512. <https://doi.org/10.3928/00485713-20131105-06>
- Abbass, A. A., & Town, J. M. (2013). Key clinical processes in intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 50(3), 433–437. <https://doi.org/10.1037/a0032166>
- Abbass, A. (2015). *Reaching through resistance: Advanced psychotherapy techniques* (First edition). Kansas City, MO: Seven Leaves Press.
- Abbass, A., Kisely, S., Rasic, D., Town, J. M., & Johansson, R. (2015a). Long-term healthcare cost reduction with Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychiatric service. *J Psychiatr Res*, 64, 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.03.001>

- Abbass, A., Bernier, D., Kisely, S., Town, J., & Johansson, R. (2015b). Sustained reduction in health care costs after adjunctive treatment of graded intensive short-term dynamic psychotherapy in patients with psychotic disorders. *Psychiatry Res*, 228(3), 538–543. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.056>
- Abbass, A. (2016). The Emergence of Psychodynamic Psychotherapy for Treatment Resistant Patients: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Psychodyn Psychiatry*, 44(2), 245–280. <https://doi.org/10.1521/pdps.2016.44.2.245>
- Abbass, A., Town, J., Ogrodniczuk, J., Joffres, M., & Lillienberg, P. (2017). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy Trial Therapy: Effectiveness and Role of «Unlocking the Unconscious». *J Nerv Ment Dis*, 205(6), 453–457. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000684>
- Abbass, A., Kisely, S., & Town, J. (2018). Cost-Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy Trial Therapy. *Psychother Psychosom*, 87(4), 255–256. <https://doi.org/10.1159/000487600>
- Abbass, A., Town, J., Johansson, R., Lahti, M., & Kisely, S. (2019). Sustained Reduction in Health Care Service Usage after Adjunctive Treatment of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in Patients with Bipolar Disorder. *Psychodyn Psychiatry*, 47(1), 99–112. <https://doi.org/10.1521/pdps.2019.47.1.99>
- Abbass, A., Town, J., Holmes, H., Luyten, P., Cooper, A., Russell, L., . . . Kisely, S. (2020). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Functional Somatic Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychother Psychosom*, 1–8. <https://doi.org/10.1159/000507738>
- Abbass, A. A., & Town, J. M. (2021). Alliance rupture-repair processes in intensive short-term dynamic psychotherapy: Working with resistance. *J Clin Psychol*, 77(2), 398–413. <https://doi.org/10.1002/jclp.23115>
- Davanloo, H. (1977). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Davanloo, H. (2000). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. In H. Kaplan & B. Saddock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (8th ed., Vol. 2). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Frederickson, J., DenDooven, B., Abbass, A., Solbakken, O. A., & Rousmaniere, T. (2018). Pilot study: An inpatient drug rehabilitation program based on intensive short-term dynamic psychotherapy. *J Addictive Dis*, 37, 195–201. <https://doi.org/10.1080/10550887.2019.1658513>
- Hoviatdoost, P., Schweitzer, R. D., Bandarian, S., & Arthey, S. (2020). Mechanisms of Change in Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Systematized Review. *American Journal of Psychotherapy*, 73(3), 95–106. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20190025>
- Kenny, D. (2013). *From Id to Intersubjectivity: Talking about the Talking Cure with Master Clinicians*. Routledge.
- Lillienberg, P., Johansson, R., Lindqvist, K., Mechler, J., & Andersson, G. (2016). Efficacy of experiential dynamic therapy for psychiatric conditions: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy*, 53(1), 90–104. <https://doi.org/10.1037/pst0000024>
- Lillienberg, P. (2021) Downloaded July 30, 2021. https://www.researchgate.net/publication/352895564_Comprehensive_compilation_RCTs_of_PDT_210701xlsx
- Rocco, D., Calvo, V., Agrosi, V., Bergami, F., Busetto, L. M., Marin, S., Pezzetta, G., Rossi, L., Zuccotti, L., & Abbass, A. (2021). Intensive short-term dynamic psychotherapy provided by novice psychotherapists: effects on symptomatology and psychological structure in patients with anxiety disorders. *Res in Psychother (Milano)*, 24(1), 503. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.503>
- Solbakken, O. A., & Abbass, A. (2016). Symptom- and personality disorder changes in intensive short-term dynamic residential treatment for treatment-resistant anxiety and depressive disorders. *Acta Neuropsychiatr*, 28(5), 257–271. <https://doi.org/10.1017/neu.2016.5>
- Solbakken, O. A., & Abbass, A. (2015). Intensive short-term dynamic residential treatment program for patients with treatment-resistant disorders. *J Affect Disord*, 181, 67–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.003>
- Solbakken, O. A., & Abbass, A. (2014). Implementation of an intensive short-term dynamic treatment program for patients with treatment-resistant disorders in residential care. *BMC Psychiatry*, 14, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-12>
- Town, J. M., Abbass, A., Stride, C., & Bernier, D. (2017). A randomised controlled trial of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for treatment resistant depression: the Halifax Depression Study. *J Affect Disord*, 214, 15–25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.035>
- Town, J. M., Lomax, V., Abbass, A. A., & Hardy, G. (2019). The role of emotion in psychotherapeutic change for medically unexplained symptoms. *Psychotherapy Research*, 29(1), 86–98. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1300353>
- Town, J. M., Abbass, A., Stride, C., Nunes, A., Bernier, D., & Berrigan, P. (2020). Efficacy and cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: 18-month follow-up of the Halifax depression trial. *J Affective Dis*, 273, 194–202. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.035>
- Town, J., Abbass, A., Falkenström, F. & Stride C. (in press). The Anger-Depression Mechanism in Dynamic Therapy: Experiencing Previously Avoided Anger Positively Predicts Reduction in Depression via Working Alliance and Insight. *J Counselling Psychol*.

DEBATT OM ISTDP

Tidligere innlegg:

Nr. 09 - 2021 Jeg var en omnipotent ISTDP-terapeut
(Ingeborg S. Lishaugen)

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)

Ny kunnskap inn i fagplanen

En kunnskapsbasert fagplan må beskrive hvordan ny kompetanse skal inkluderes og implementeres både i institusjoner og kommunale tjenester.

TEKST

Jan Sunder Halvorsen, lege, spesialist i barnpsykiatri

RUSBEHANDLING

CECILIE SKULE svarer på min kritikk av HSØs fagplan i septemberutgaven av *Psykologtidsskriftet* ved å hevde at den ikke er en lærebok. Jeg er enig i det. Men det legitimerer ikke at hun unnlater å forholde seg til innholdet i kritikken. Det er alarmerende at landets største helseforetak, med ansvar for liv og helse for en stor del av befolkningen, ikke svarer på faglig kritikk.

I dag har vi samlet erfaring i nesten 20 år og har en helt annen kunnskapsbase enn i 2004.

Det store flertallet av rusavhengige har en komorbid ruslidelse med røtter tilbake i de første leveårene. Disse burde være del av grunnlaget for fagplanen. Samlet erfaring og kunnskap stiller nye krav til diagnostisering, behandling og oppfølging.

HSØ leverer i fagplanen kun ord som er langt unna den verden rusavhengige lever i.

Omsorgssvikt kan forklares som en mangelfull integrering av høyre hjerne (Schore, 2019). Dysfunksjonell regulering av arousal og emosjoner skaper relasjonstraumer. Disse favner ikke den biologisk-medisinske modellen. Da mister vi av syne det levende mennesket. Den må erstattes med en bio-psykososial forståelse for å favne helheten hos rusavhengige. I systemteori er mennesket en organismisk helhet (Rocca & Anjum, 2020).

Siden 2004 har Valdresklinikken behandlet mer enn tusen pasienter. Vi har med stort hell tatt i bruk kropporienterte metoder (Polatin 2020). Ikke et ord hos HSØ om denne viktige siden i behandling. En god terapeutisk relasjon med fokus på klienten som subjekt med sin egen unike indre verden er av enorm betydning. Som en dårlig erstatning får de medisiner, et overforbruk av psykofarmaka. Noen pasienter legges inn med tre ulike SSRI-preparater. Det peker mot mangel på forståelse og hast i førstelinjen. HSØ sitter fast i en biologisk-medi-

sinsk modell. Deres begrep «nevroutviklingsforstyrrelser» lukker døren til bio-psykososial forståelse av rusavhengighet. Et helhetsperspektiv mangler. Cecilie Skule påstår at familien er inkludert i deres planer. Da må vi kunne kreve en eksplisitt plan for hvordan den inkorporeres i rusbehandling. Å inkludere familien i terapeutiske samtaler kan være helt avgjørende for å forstå og behandle rusavhengighet. En kunnskapsbasert fagplan må beskrive hvordan ny kompetanse skal inkluderes og implementeres både i institusjoner og kommunale tjenester over tid. Det kreves for å kunne tilby komorbide ruslidelser en helhetlig og ansvarlig behandling. Disse tilstandene krever helt nye grep. HSØs fagplan svikter rusavhengige. ✘

REFERANSER:

- Schore, A. (2019). *Right Brain Psychotherapy. Norton Series on Interpersonal Neurobiology*
- Polatin, B. (2020). *Humanual: A Manual for Being Human. Waterside Productions.*
- Anjum, RL., Rocca, E. (2020). *Rethinking Causality, Complexity and Evidence for the Unique Patient: A CauseHealth Resource for Healthcare Professionals and the Clinical Encounter. Springer.*

”

Det er alarmerende at landets største helseforetak (...) ikke svarer på faglig kritikk

DEBATT OM RUSBEHANDLING

Tidligere innlegg:

- Nr. 09 - 2021** Fagplanen er ingen lærebok (Cecilie Skule)
- Nr. 08 - 2021** Helse Sør-Øst svikter rusavhengige (Jan Sunder Halvorsen)

Metaforenes magi og støy

Der er høyrisikosport å hente metaforer fra eventyrenes verden for å beskrive og konkretisere forekomsten eller fordelingen av dyproller i organisasjonen.



PAUL MOXNES kommenterer min artikkel Psykologen som hybrid leder i nr. 6, 2021 og presenterer andre og utdypende perspektiver på psykologifaget som ledelsesperspektiv. Moxnes vektlegger betydningen av følgende:

- Erfaringslæring som helst bør skje fort, men uten å gå nærmere inn på hvordan denne type læringsprosesser kan skje, og hvordan den eventuelt er annerledes enn erfaringslæring i livet ellers.
- At «lederskap også er å fantasere», noe som er psykologens domene.
- Eventyret som virkelighetsbeskrivelse: «Eventyret er et godt verktøy til å forstå den verden vi lever i», inkludert den gjeldende organisasjonsvirkeligheten.

Moxnes redegjør for disse perspektivene innenfor en gjennomført dekontekstualisert ramme uten nærmere anvisninger om hvordan disse kan omsettes i praktisk ledelse. Allikevel oppfatter jeg at disse supplerer mine egne «erfaringspunkter», som jeg har kommet fram til etter selv å ha vært leder på sykehus/helseforretak, psykologenes største arbeidsplass. Rent skriveteknisk formulerte jeg disse i form av 10 «erfaringspunkter», med enkelte slagordpregede overskrifter. Disse er ikke det samme som «bud», som Moxnes antyder. De er resultater av min egen mer eller mindre systematiske erfaringslæring, som Moxnes understreker betydningen av, og jeg kunne gjerne ha ført opp erfaringslæring som et punkt nr. 11.

Det er et viktig poeng at «lederskap er også å fantasere». Fantasering er et sentralt element i kreativ tenkning, utvikling av alternative tiltak knyttet til planlegging og problemløsning og ikke minst i hybrid ledelse når ulike rasjonaliteter skal samordnes. Fantasering går der-

for langt utover bruk av eventyr for å forstå den organisatoriske verden lederen er satt til å lede. Om forholdene ligger til rette for det, kan bruk av eventyr og metaforer fra eventyrenes fantasiverden være fruktbare i forbindelse med situasjonsanalyser eller i kurs- og undervisnings-sammenhenger for å sensitivere deltakerne til rollebegrepet og ikke minst dyproller. Men jeg anser det som høyrisikosport å hente metaforer fra eventyrenes verden for å beskrive og konkretisere forekomsten eller fordelingen av dyproller i organisasjonen. Flere av metaforene det refereres til, er etter min mening til dels utdaterte og provoserende rollebetegnelser som like gjerne kan skape støy som magi hos ansatte eller de som tildeles rollene. Som med alt annet er det her også unntak. Eventyret om Askeladden og de gode hjelperne er som skreddersydd for helsetjenesten. Askeladden som leder klarer bra-sene sammen med seks hjelpere, der én var så tørst at han aldri fikk nok, en annen lå med øret til bakken og lyttet til gresset gro, en tredje som siktet for å kunne skyte til verdens ende, osv. Virkeligheten for en leder er jo slik at for å lykkes må lederen klare å skape et arbeidsfelleskap av medarbeidere med ulik kompetanse og som drar i sammen retning, for å kunne takle de ulike utfordringene som hele tiden kommer! ✕

TEKST Morten Skjørshammer, spesialist i organisasjonspsykologi, førsteamanuensis emeritus VID

LEDELSE

DEBATT OM LEDELSE

Tidligere innlegg:

Nr. 09 - 2021 Lederskap er også å fantasere (Paul Moxnes)

Nr. 06 - 2021 Psykologen som hybrid leder (fagessay, Morten Skjørshammer)

STEMPLET Alt jeg gjorde for å håndtere smerte, som å strikke eller se på TV, ble stemplet som unnvikelse. Foto: Andr. Schuster / Plainpicture / NTB

En behandlingsform som påførte meg lidelse

Jeg har gjennomgått BET-behandling, og den var ikke bra for meg.

TEKST Solveig H. H. Kjus, medforsker ved Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

BASAL EKSPONERINGS-TERAPI

BASAL EKSPONERINGSTERAPIER en behandlingsform for psykiske lidelser som har fått økende oppmerksomhet. Dette selv om man ennå ikke vet om pasientene har god eller dårlig effekt av behandlingen. Forskere, behandlere, pårørende og pasienter har skrevet om behandlingen. Jeg vil med dette bidra med pasient-/bruker-perspektivet. Jeg har selv gjennomgått BET-behandling, og den var ikke bra for meg.

Det første jeg ble møtt med, var en behandler som sa: «Livet er jævlig, du står helt alene.» Noe senere i samtalen sa hen: «Jeg bryr meg ikke om pasientene, her er det ingen som bryr seg om pasientene.» De andre BET-pasientene jeg var sammen med, fortalte meg at de ble møtt

med de samme grunnsetningene. Jeg opplevde at det ikke var tomme ord. Jeg hadde aller mest lyst til å skrive meg ut og dra hjem, men jeg opplevde ikke å ha noe reelt valg. I forsamtalen før BET fikk jeg vite at det kun fantes to alternativ: 1) forbli syk resten av livet eller 2) gripe denne siste muligheten til å kunne bli frisk. Jeg skjønnte at dersom jeg hadde dratt hjem før jeg hadde fullført, ville det for all fremtid bli brukt mot meg; at jeg ikke ble frisk fordi jeg ikke hadde fullført.

OVERLATT TIL OSS SELV

Min opplevelse var at jeg ikke fikk omsorg fra de som skulle hjelpe meg. Hovedfokuset til

behandlerne var nemlig pasientenes avhengighet av behandlingsapparatet. I praksis innebar dette at jeg og mine medpasienter ikke fikk hjelp ved forverring. Dersom en av oss hadde tanker om å skade seg eller skadet seg, ble vi overlatt til oss selv. Dette var for at vi skulle lære «å selv ta ansvar».

Etter endt BET-behandling ble jeg informert om at videre oppfølging ville bli bestemt av dem som jobbet på BET. Dette gjennom at de veiledet psykisk helse i kommunen og DPS. I praksis betydde dette for meg at disse tjenestene fikk beskjed om å bare møte meg på et upersonlig kontor. De fortalte meg at de fikk beskjed om at de ikke skulle vise at de brydde seg om meg. På denne måten ble BET videreført selv om behandlingen var ferdig. Jeg ble stemplet som BET-pasient, og både jeg og de tidligere BET-pasientene jeg har snakket med, sliter mer med å få hjelp etter BET. Behandlere som er pro-BET, følger fortsatt BET-metoden i møte med meg. Det innebærer blant annet at jeg blir skrevet rett ut uten at jeg opplever at den akutte tilstanden min blir tatt hensyn til.

TØR IKKE BE OM HJELP

Jeg er så heldig at jeg etter BET har møtt personer i hjelpeapparatet som forholder seg til meg med omsorg, og som anerkjenner min angst for BET og det BET står for. Dette gjør at jeg fremdeles tør å oppsøke hjelp når jeg trenger det. Jeg kjenner dessverre flere som ikke tør å be om hjelp etter BET fordi de har fått alvorlige traumer av den behandlingen.

På BET påberopte behandlerne seg at de satt med løsningen på problemene mine. Jeg opplevde at hva jeg mente, ikke ble tillagt verdi. Det var de som definerte hvilken hjelp jeg skulle få, en hjelp helt uten omsorg til tross for at jeg mente at omsorg var det viktigste. I tillegg ble alt jeg gjorde for å håndtere smerte (som å strikke eller se på TV), stemplet som unnvikelse. I BET-teorien er unnvikelse det verste du kan gjøre. Derfor oppfatter jeg ikke BET som recovery-orientert. I recovery er en av de viktigste tingene at pasienten selv får definere hva som er viktig for en, og at pasienten får støtte på den veien en selv velger.

GYLDIGE FORSKNINGSRISULTATER?

Da jeg var på BET, fikk vi beskjed om at det pågikk forskning på oss pasienter ved journalsøk, og at vi kom til å bli kalt inn til intervju to ganger etter endt behandling ved gitte tidspunkt. Jeg fikk ingen innkallinger, men måtte mase, og lenge på overtid ble jeg intervjuet en gang. Var det slik at de ikke ønsket å inkludere mine synspunkter?

Jeg har også lest flere kvalitative artikler skrevet av personer med tilknytning til BET. Disse beskriver hvor fortreffelig BET er for dem som har nytte av det. Heldigvis pågår det også nå en studie om opplevelsene til personer som BET ikke har vært bra for. Det er med stor spenning jeg venter på resultatet av denne studien. ✕

REFERANSER

- Heggdal, D., J., Alsos, T.H., Malin, I. & Fosse, R. (2015). Erfaringer med å få og ta ansvar for bedringsprosessen og sitt eget liv gjennom basal eksponeringsterapi (BET). Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2(12).
- Hammer, J., Heggdal, D., Lillelien, A., Lilleby, P. & Fosse, R. (2018). Medisinfri etter basal eksponeringsterapi. Tidsskrift for Norsk Legeforening doi: 10.4045/tidskr.17.0811



Jeg hadde aller mest lyst til å skrive meg ut og dra hjem, men jeg opplevde ikke å ha noe reelt valg

BET-seksjonen ved Blakstad i Vestre Viken HF svarer på kritikken i dette innlegget på de neste sidene

Ikke forenelig med behandlingsmodellen

BET er ikke løsningen for alle, og vil heller ikke oppleves som en bra behandling for alle som strever.



TEKST Didrik Heggdal, psykologspesialist, Peggy Lilleby, spesialist i psykiatri, Jørgen Strand, seksjonsleder, alle er ansatt ved BET-seksjonen, Psykiatrisk avd. Blakstad i Vestre Viken HF

BASAL EKSPONERINGS-TERAPI

I DETTE NUMMERET av tidsskriftet publiseres et innlegg med tittelen «En behandlingsform som påførte meg lidelse». Behandlingen det refereres til, er basal eksponeringsterapi (BET). Forfatteren av innlegget viser til studien Bet-Ikke bra for meg, og hun skriver at hun ser fram til at resultatene fra denne studien publiseres. Som henne ser BET-seksjonen fram til ferdigstillingen av studien og de behandlingserfaringene den kan bringe fram i lyset. Det var BET-seksjonen som tok initiativ til å innhente informasjon om negative behandlingserfaringer fra BET, nettopp for å undersøke hvordan tilbudet kan forbedres og være til hjelp for flere. Selve gjennomføringen av studien gjøres av forsknings- og utviklingsavdelingen i Vestre Viken, og ingen ansatte ved BET-seksjonen er direkte involvert i datainnsamling eller tolkning av data. Dette er et viktig premiss for at gjennomføringen skal være så nøytral som mulig. To tidligere brukere er også involvert i studien som forskningskonsulenter.

Når vi leser hva forfatteren skriver om hva BET-terapeuter har sagt og gjort, kan vi bare si at dette ikke er forenelig med den terapeutiske holdningen og tilnærmingen i behandlingsmodellen som kalles basal eksponeringsterapi. I behandling av psykiske helseutfordringer er det personens opplevelse som teller; det er dette som representerer «sannheten», om vi skal tillate oss å bruke det ordet. Når et menneske som er i behandling, får en negativ behandlingserfaring så skal det tas på alvor. Mislykket behandling skyldes enten at behandlingen ikke er gjennomført på en riktig eller tilstrekkelig god måte, eller så skulle personen som hadde de negative erfaringene, fått en helt annen behandling. Rundt 10 % av pasienter som behandles med psykoterapi, blir dårligere. Dette gjelder på tvers av metoder, og da

må hele fagfeltet samle seg for å finne ut hvordan vi kan forhindre at noen blir skadelidende.

Vi vil tro at alle er enige om at helsepersonell i psykisk helsevern har gode intensjoner og gjør så godt de kan. Men uansett hvor gode metoder de har, og uansett hvor dyktige terapeuter de er, så vil de ikke alltid klare å gjøre det de forsøker på i møte med mennesker som strever. Derfor trenger behandlingsapparatet å vite mer om kortsiktige og langsiktige negative effekter av behandling som tilbys. Ikke minst trenger psykisk helsevern tilbakemeldinger fra tjenestebrukere om hvordan de opplever behandlingen de mottar. Dette er viktig for at helsepersonell skal kunne bli bedre hjelpere, og for at psykisk helsevern skal bli i stand til å hjelpe flere. BET-seksjonen ønsker alle innspill og tilbakemeldinger velkommen, ikke minst fra mennesker som opplever at denne behandlingen ikke er bra for dem. ✕



Når vi leser hva forfatteren skriver om hva BET-terapeuter har sagt og gjort, så kan vi bare si at dette ikke er forenelig med den terapeutiske holdningen og tilnærmingen i behandlingsmodellen (...)

.....
Solveig Kjus sin kritikk er forelagt BET-seksjonen ved Blakstad i Vestre Viken HF i tråd med Vær varsom-plakatens regelverk for samtidig imøtegåelse (VVP 4.14.) Her er deres svar.



MIRAKELKUR? Forfatterne av dette innlegget mener det er grunn til å tøyle begeistringen for effekten av MDMA-assistert terapi for pasienter med PTSD. I dette terapirommet i New York tilbys ketamin-assistert psykoterapeutisk behandling, en av flere såkalte «psykedeliske» behandlingsformer som for tiden er i vinden. Foto: Calla Kessler / The New York Times

Ingen revolusjon ennå

Dagens kunnskap gir ikke grunnlag for å påstå at MDMA-assistert psykoterapi for PTSD har vesentlig bedre effekt enn eksisterende psykologisk behandling. Til det er dataene for sparsomme.

EKSISTERENDE PSYKOLOGISKE behandlingstilnærminger for PTSD har moderat til god effekt (American Psychological Association, 2017; Cusack et al., 2016; Lewis et al., 2020; National Institute for Health and Care Excellence, 2018; Watts et al., 2013), men det er fremdeles mange pasienter som enten kun responderer delvis eller ikke responderer i det hele tatt. Det er et stort behov for å identifisere tiltak som kan hjelpe pasienter som har begrenset utbytte av eksisterende behandlingstilnærminger. MDMA-assistert psykoterapi er en slik potensiell tilnærming. Den får mye faglig og populærvitenskapelig oppmerksomhet, og er blitt beskrevet med superlativer som «revolusjonerende» (Blomkvist, 2020b), et «paradig-

meskifte» (Blomkvist, 2020a; Lunde, 2021) og «en kur» (Skogstrøm, 2017). Hvis vi skal påstå at MDMA-assistert behandling vil revolusjonere behandlingen av PTSD, må vi dokumentere at MDMA-assistert behandling enten (1) virker vesentlig bedre enn eksisterende kunnskapsbaserte behandlingstilnærminger eller (2) gir god effekt for pasienter som ikke responderer på eksisterende kunnskapsbaserte behandlingstilnærminger.

BEDRE ENN EKSISTERENDE BEHANDLING?

Det er så langt gjennomført og publisert seks små fase 2 randomiserte kontrollerte studier (RCT) og en fase 3 RCT av MDMA-assistert psykoterapi for PTSD.



TEKST Joar Øveraas Halvorsen¹ og Harald Bækkelund²

¹ Institutt for psykologi, NTNU, Nidaros DPS, St. Olavs hospital

² Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress, Modum Bad

MDMA-ASSISTERT PSYKOTERAPI



Det finnes allerede nesten like mange meta-analyser av fase 2-studiene som det er primærstudier (Amoroso & Workman, 2016; Bahji et al., 2020; Goksøyr et al., 2019; Illingworth et al., in press; Mithoefer et al., 2019). Effektstørrelsene i meta-analysene varierer. Den eneste meta-analysen som inkluderte data fra alle seks fase 2-studiene fant en effektforskjell mellom MDMA-assistert psykoterapi og placebo-assistert psykoterapi på $d = 0.80$ (Mithoefer et al., 2019). I fase 3 RCT-en fant man en effektforskjell mellom MDMA-assistert psykoterapi og placebo-assistert psykoterapi på $d = 0.91$ (Mitchell et al., 2021).

Effektstørrelsene må tolkes i lys av åpne og betydelige begrensninger ved studiene, for eksempel at utvalgene er små og selvselekterte. Trolig består utvalgene av personer som er spesielt motivert for MDMA-assistert psykoterapi, noe som er særlig problematisk fordi det har vist seg å være vanskelig å blinde pasienter og terapeuter for hvilken behandling pasientene har mottatt. I fase 3 RCT-en gjettest eksempelvis over 90 % av pasientene rett på hvilken behandlingsbetingelse de var randomisert til (Mitchell et al., 2021). Resultatene fra disse studiene kan derfor være betydelig påvirket av for eksempel forventningseffekter (Muthukumaraswamy et al., 2021).

Ingen studier sammenligner MDMA-assistert psykoterapi med eksisterende kunnskapsbasert behandling. Det betyr at man må sammenligne effekten av MDMA-assistert psykoterapi med kunnskapsbasert behandling av PTSD *på tvers* av studier. Dette kan være vanskelig på grunn av metodiske ulikheter, som forskjeller i metodisk kvalitet, utvalg eller kontrollgrupper. Hvis vi ser bort fra dette, tyder foreliggende forskning foreløpig på at MDMA-assistert psykoterapi har tilsvarende eller dårligere effekt enn eksisterende psykologiske behandlingstilnærminger for PTSD (Halvorsen et al., accepted for publication).

For å vurdere nytten av MDMA-assistert psykoterapi må vi også ta høyde for omfanget av behandlingstimer som tilbys i de kliniske studiene (Halvorsen et al., accepted for publication). Behandlingen i fase 2-studiene har bestått av tre 90-minutters forberedelses-sesjoner, to til tre åttetimerssesjoner hvor pasienten får MDMA-assistert psykoterapi og tre til fire 90-minutters konsultasjoner etter hver sesjon med MDMA-assistert psykoterapi (Mit-

hoefer et al., 2019). Til sammen utgjør dette fra 20 til 31 konsultasjoner à 90 minutter (tilsvarende 30–46,5 klokke-timer). I fase 3-studien (Mitchell et al., 2021) var den psykoterapeutiske behandlingen pasientene mottok tilsvarende 28 konsultasjoner à 90 minutter (tilsvarende 42 klokke-timer). I tillegg benyttet alltid to terapeuter, i det minste i de sesjonene det administreres MDMA, slik at den faktiske ressursbruken ved MDMA-assistert psykoterapi altså er enda høyere enn dette. Til sammenligning har eksisterende kunnskapsbaserte psykologiske behandlingstilnærminger for PTSD ofte en ramme på 8–16 konsultasjoner på mellom 60 til 90 minutter (American Psychological Association, 2017). Ressursbruken ved MDMA-assistert psykoterapi er altså klart større enn ved eksisterende kunnskapsbasert behandling.

FOR PASIENTER SOM IKKE HAR NYTTE AV EKSISTERENDE BEHANDLING?

Ressursbruken ved MDMA-assistert psykoterapi kan rettferdiggjøres hvis behandlingen hjelper pasienter som ikke har utbytte av eksisterende kunnskapsbasert psykologisk behandling. Dette er også et argument som ofte fremsettes: MDMA-assistert psykoterapi hjelper pasienter som har høy grad av kronisk PTSD, komorbiditet og er «behandlingsresistente» (Karwowski, 2020; Pedersen, 2021).

Pasientene som har blitt inkludert i de seks fase 2-studiene, rapporterer å ha hatt PTSD gjennomsnittlig i cirka 18 år (Mithoefer et al., 2019), mens pasientene inkludert i fase 3-studien oppgav å ha hatt PTSD gjennomsnittlig i cirka 14 år (Mitchell et al., 2021). Det finnes etter hvert flere studier som viser at eksisterende kunnskapsbasert psykologisk behandling har god effekt i behandling av PTSD hos pasienter med barndomstraumer, krigsveteraner og asylsøkere/flyktninger. Dette er pasientgrupper som kjennetegnes av kronisk og langvarig PTSD. Eksempelvis finnes det studier som viser effekt av eksisterende kunnskapsbasert psykologisk behandling hos pasienter som har hatt PTSD gjennomsnittlig i omtrent 15 år (Oprel et al., 2021) og 23 år (Schnurr et al., 2007). Pasientene i studiene på MDMA-assistert psykoterapi kjennetegnes altså nødvendigvis ikke av mer langvarig eller kronisk PTSD enn pasienter inkludert i kliniske studier på eksisterende kunnskapsbaserte behandlingstilnærminger.

Et annet argument som fremsettes, er at studier på MDMA-assistert psykoterapi, i motsetning til andre kliniske behandlingsstudier på PTSD, inkluderer pasienter med høy grad av komorbiditet. Det stemmer ikke at pasienter med komorbiditet blir ekskludert fra de fleste behandlingsstudier på PTSD (Ronconi et al., 2014). De vanligste eksklusjonskriteriene i kliniske behandlingsstudier på eksisterende kunnskapsbaserte behandlingsmetoder er *pågående/aktiv* psykose, substansavhengighet, bipolar lidelse og suicidal intensjon (Lewis et al., 2020; Ronconi et al., 2014). Eksklusjonskriteriene i studiene på MDMA-assistert psykoterapi er nærmest helt identiske og faktisk noe strengere (Mitchell et al., 2021; Mithoefer et al., 2019). Et illustrerende eksempel på hvordan effekten av MDMA-assistert psykoterapi overselges/overdrives, er når Mitchell og kollegaer (2021) gjør et poeng av at pasienter med dissosiasjon ikke hadde dårligere behandlingsutfall av MDMA-assistert psykoterapi, mens de fremsetter at dissosiasjon vanligvis er forbundet med dårligere behandlingseffekt av eksisterende kunnskapsbaserte psykologiske behandlingsmetoder for PTSD, til tross for at en nylig metaanalyse ikke fant noe evidens for den antakelsen (Hoeboer et al., 2020). Som påpekt av både APA (2017) og NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2018) har vi foreløpig for lite forskningsbasert kunnskap til å påstå at spesifikke faktorer, som type traumatiske livsopplevelser, komorbiditet og så videre, er forbundet med dårligere eller bedre utfall av eksisterende kunnskapsbaserte behandlingsmetoder.

Et annet mye brukt argument er at pasientene som har blitt inkludert i de kliniske studiene på MDMA-assistert psykoterapi, er «behandlingsresistente». Det finnes ingen konsensusbasert definisjon av behandlingsresistent PTSD. Behandlingsresistent depresjon defineres ofte som at pasienten ikke har respondert på eller hatt utbytte av minst to til tre ulike evidensbaserte behandlingsmetoder for depresjon. I samsvar med dette er en foreslått definisjon på behandlingsresistent PTSD at pasienten ikke har respondert på to til tre evidensbaserte behandlingsmetoder av adekvat dose og kvalitet, hvor minst ett av behandlingsforløpene har vært et fullt behandlingsforløp med traumefokusert behandling (Sipfel et al., 2018). I de seks fase 2-studiene på MDMA-assistert behandling ble imidlertid behandlingsresistens definert som at pasienten ikke hadde respondert eller hatt utbytte av minst *ett* behandlingsforløp med psykofarmaka eller psykoterapi, og at pasienten tilfredsstilte kriteriene til PTSD ved screening før inklusjon i studiene (Mithoefer et al., 2019). Man tok altså ikke høyde for at pasientene kunne ha hatt helt eller delvis utbytte av tidligere behandling, men opplevd *tilbakefall* av PTSD. Man vurderte heller ikke *mengden* eller *kvaliteten* på den behandlingen pasientene tidligere hadde blitt tilbudt.

Kun et *mindretall* av pasientene som har deltatt i studiene på MDMA-assistert behandling, oppgir å ha fått traumefokusert kunnskapsbasert behandling for PTSD. I fase 2-studiene er det kun henholdsvis 31 % og 8 % som oppgir å ha blitt tilbudt EMDR eller forlenget eksponeringsterapi, mens 4 % har fått kognitiv prosesseringsterapi eller interpersonlig terapi (Mithoefer et al., 2019). I fase 3-studien oppgir 33 % av pasientene å ha for-søkt EMDR, mens 1,1 % har fått forlenget eksponeringsterapi (Mitchell et al., 2021). I både fase 2-studiene og i fase 3-studien rapporteres det at en god del pasienter har mottatt kognitiv atferdsterapi (hhv. 65 % og 38 %), men det fremgår ikke om dette var traumefokusert kognitiv atferdste-



Ressursbruken ved MDMA-assistert psykoterapi er altså klart større enn ved eksisterende kunnskapsbasert behandling





... når det gjelder MDMA-assistert psykoterapi for PTSD, trenger vi mindre hybris og hype, og mer data

rapi. Hovedvekten av pasientene i studiene har imidlertid enten forsøkt psykofarmakologisk behandling eller annen psykoterapi.

Når bare et mindretall av pasientene som inngår i de kliniske studiene på MDMA-assistert psykoterapi, har mottatt traume-fokusert kunnskapsbasert behandling for PTSD, er det høyst usikkert om de kan sies å ha vært «behandlingsresistente». Denne usikkerheten styrkes ytterligere av at det ikke fremkommer noen informasjon om verken *omfanget/mengden* eller *kvaliteten* på den behandlingen pasientene har fått tidligere.

Foreliggende forskning gir faktisk ikke grunnlag for å påstå at MDMA-assistert psykoterapi for PTSD har vesentlig bedre effekt enn allerede eksisterende kunnskapsbasert psykologisk behandling, eller at den hjelper pasienter som ikke har utbytte av eksisterende kunnskapsbasert psykologisk behandling for PTSD. Hittil er det derfor lite som tyder på at MDMA-assistert psykoterapi representerer et paradigmeskifte eller vil revolusjonere behandlingen av PTSD. Det er ingen tvil om at vi har et forbedringspotensial i behandlingen av PTSD, og vi håper at vi vil kunne finne behandlingstilnærminger med vesentlig bedre effekt for alle pasienter eller subgrupper av pasienter med PTSD. Men når det gjelder MDMA-assistert psykoterapi for PTSD, trenger vi mindre hybris og hype, og mer data. ✕

REFERANSER

- American Psychological Association. (2017). *Clinical practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults*. (1 ed.). APA. <https://www.apa.org/ptsd-guideline>
- Amoroso, T., & Workman, M. (2016). Treating posttraumatic stress disorder with MDMA-assisted psychotherapy: A preliminary meta-analysis and comparison to prolonged exposure therapy. *Journal of Psychopharmacology*, 30(7), 595–600. <https://doi.org/10.1177/0269881116642542>
- Bahji, A., Forsyth, A., Groll, D., & Hawken, E. R. (2020). Efficacy of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-assisted psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 96, 109735. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.109735>
- Blomkvist, A. W. (2020a, 4. desember). Medisinsk rus? *Dagbladet*. <https://www.dagbladet.no/meninger/medisinsk-rus/73132285>
- Blomkvist, A. W. (2020b). *Ulovlig medisin: Rusmidler på resept*. Frisk Forlag.

- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., Feltner, C., Brownley, K. A., Olmsted, K. R., Greenblatt, A., Weil, A., & Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 43*, 128–141. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>
- Goksøy, L., Kvam, T.-M., Lund-Høie, S., & Stewart, L. (2019). Sikkerhet og effekt av 3,4-metylendioksymetamfetamin (MDMA)-assistert psykoterapi ved post-traumatisk stresslidelse (PTSD) – En systematisk litteraturgjennomgang. *Psykologi: Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 57*(12), 886–897. <https://psykologitidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2020/12/sikkerhet-og-effekt-av-34-metylendioksymetamfetamin-mdma-assistert>
- Halvorsen, J. Ø., Naudet, F., & Cristea, I. A. (accepted for publication). Challenges with benchmarking of MDMA-assisted psychotherapy. *Nature Medicine*.
- Hoehoer, C. M., De Kleine, R. A., Molendijk, M. L., Schoorl, M., Oprel, D. A. C., Mout-haan, J., Van der Does, W., & Van Min-nen, A. (2020). Impact of dissociation on the effectiveness of psychotherapy for post-traumatic stress disorder: meta-analysis. *BJPsych Open, 6*(3), e53, Article e53. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.30>
- Illingworth, B. J., Lewis, D. J., Lambarth, A. T., Stocking, K., Duffy, J. M., Jelen, L. A., & Rucker, J. J. (in press). A comparison of MDMA-assisted psychotherapy to non-assisted psychotherapy in treatment-resistant PTSD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychopharmacology, 0*(0), 0269881120965915. <https://doi.org/10.1177/0269881120965915>
- Karwowski, H. (2020, 14.12.2020). MDMA som behandlingsform, med Ivar W. Goksøy! (No. 27) In *Hennings Verden*.
- Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), 1729633. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>
- Lunde, A. L. (2021, 16. april). For første gang brukes MDMA i behandling av pasienter i Norge. *Aftenposten A-magasinet*. <https://www.aftenposten.no/amagasinet/i/x3e1jV/partydop-mot-posttraumatisk-stress>
- Mitchell, J. M., Bogenschutz, M., Lilienstein, A., Harrison, C., Kleiman, S., Parker-Guilbert, K., Ot'alara G, M., Garas, W., Paleos, C., Gorman, I., Nicholas, C., Mithoefer, M., Carlin, S., Poulter, B., Mithoefer, A., Quevedo, S., Wells, G., Klaire, S. S., van der Kolk, B., Tzarfaty, K., Amiaz, R., Worthy, R., Shannon, S., Woolley, J. D., Marta, C., Gelfand, Y., Hapke, E., Amar, S., Wallach, Y., Brown, R., Hamilton, S., Wang, J. B., Coker, A., Matthews, R., de Boer, A., Yazar-Klosinski, B., Emerson, A., & Doblin, R. (2021). MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Nature Medicine*. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01336-3>
- Mithoefer, M. C., Feduccia, A. A., Jerome, L., Mithoefer, A., Wagner, M., Walsh, Z., Hamilton, S., Yazar-Klosinski, B., Emerson, A., & Doblin, R. (2019). MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: study design and rationale for phase 3 trials based on pooled analysis of six phase 2 randomized controlled trials. *Psychopharmacology, 236*(9), 2735–2745. <https://doi.org/10.1007/s00213-019-05249-5>
- Muthukumaraswamy, S., Forsyth, A., & Lumley, T. (2021). Blinding and expectancy confounds in psychedelic randomized controlled trials. *Expert Review of Clinical Pharmacology, Accepted author version*. <https://doi.org/10.1080/17512433.2021.1933434>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder. NICE guideline [NG116]*. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Oprel, D. A. C., Hoehoer, C. M., Schoorl, M., Kleine, R. A. d., Cloitre, M., Wigard, I. G., van Minnen, A., & van der Does, W. (2021). Effect of Prolonged Exposure, intensified Prolonged Exposure and STAIR+Prolonged Exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology, 12*(1), 1851511. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1851511>
- Pedersen, P. B. (2021, 15.01.2021). Om psykedelika, med psykologspesialist Ivar Goksøy (No. 193) In *Pia og psyken*. Tid og Lyst.
- Ronconi, J. M., Shiner, B., & Watts, B. V. (2014). Inclusion and Exclusion Criteria in Randomized Controlled Trials of Psychotherapy for PTSD. *Journal of Psychiatric Practice, 20*(1), 25–37. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000442936.23457.5b>
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Chow, B. K., Resick, P. A., Thurston, V., Orsillo, S. M., Haug, R., Turner, C., & Bernardy, N. (2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association, 297*(8), 820–830. <https://doi.org/10.1001/jama.297.8.820>
- Sippel, L. M., Holtzheimer, P. E., Friedman, M. J., & Schnurr, P. P. (2018). Defining Treatment-Resistant Posttraumatic Stress Disorder: A Framework for Future Research. *Biological Psychiatry, 84*(5), e37-e41. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.011>
- Skogstrøm, L. (2017, 8. januar). Anders Danielsen Lie med knallhardt angrep på «den rusliberale skravleklassen». *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/norge/i/eg2ey/anders-danielsen-lie-med-knallhardt-angrep-paa-den-rusliberale-skravle>
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 74*(6), e541–550. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r08225>

Inntrykk

Essay, anmeldelser og forfatterintervjuer



ANMELDT: BOK

Mellom trygghet og spenning

Kjærligheten og seksualiteten møtes til duell.



BOK *Å begjære den du elsker. Om lengselen etter spenning og behovet for trygghet*

FORFATTER Siri Erika Gullestad

FORLAG J.M.

Stenersens Forlag AS

ÅR 2021

SIDER 168

ANMELDT AV

Espen Håland, psykologspesialist, medlem ved Institutt for psykoterapi

PSYKOANALYTIKER Siri Erika Gullestad har skrevet bok om seksualitet og kjærlighet. Hun er opptatt av om disse, til dels motstridende, kreftene kan forenes – og i så fall hvordan. Boka er oversiktlig og godt strukturert med tre hoveddele. Del én tar for seg grunnleggende behov vi har for trygghet, del to konflikten mellom seksualitet og kjærligheten, mens del tre drøfter om tilknytning og begjær kan forenes. Hver del har flere innbydende underkapitler, deriblant «Når kroppene snakker sammen» og «Den de elsker, begjærer de ikke – konflikten mellom trygghet og spenning».

AKTUALITET

Dette er en høyaktuell bok som tar mål av seg til å søke dypere for å forstå sammenhengen mellom kjærlighet og seksualitet. Og her har psykoanalysen og Gullestad mye å bidra med. Temaet kjærlighet og seksualitet, så sentralt i vårt liv, både i psykologers og pasienters liv, er påfallende lite skrevet om. Mye av våre pasienters strev kan føres tilbake, i en eller annen form, til vansker med kjærlighet og/eller seksualitet. Gullestad, på sin side, viser til at dette ofte har blitt et tema i mange av hennes terapier. Det er ikke vanskelig å tro henne på det.

Derfor er dette en viktig bok. Den er også viktig i dagens samfunn fordi kjærligheten så ofte løsrives fra seksualiteten. Hele kulturen har blitt seksualisert, og det finnes nå sexologer overalt, i alle kanaler, som gir råd og veiledning om seksuell praksis. Fint det, men kanskje har vi mistet av syne det viktigste, nemlig at kjærlighet og seksualitet ofte er viklet inn i hverandre. Sterke følelser er involvert, og dype, ofte ubevisste konflikter regjerer. Det er vanskelig,

og vi blir aldri helt ferdig med å prøve å forstå og å utholde kjærligheten og seksualiteten.

Hvem er denne boka for? Umiddelbart kan det være vanskelig å plassere den, selv vil hun ha seg frabedt at det er en selvhjelpsbok. Er det negativt at boka ikke er mer tydelig på hvem den retter seg mot? Jeg tror ikke det, men derimot at noe av bokas styrke er at den har bred appell. Den har et lettfattelig, til tider elegant språk, og befridd fra faglig tørre formuleringer. Det er kvalitet i det å kunne formidle fagstoff på en lettfattelig og innbydende måte. Gullestad behersker dette til fulle. Hun er på sitt beste når hun bruker litteratur og filmer for å belyse temaene sine. Samtidig savner jeg flere innblikk i terapirommet. Det hadde vært spennende å høre mer om hvordan kjærlighet og seksualitet viser seg i terapier, og kanskje også hvordan slike krefter kunne spille seg ut i terapirommet? Her holder Gullestad kortene tett til brystet. Sett fra et psykologfaglig perspektiv kunne dette vært særlig aktuelt å høre mer om, sett i lys av at det med jevne mellomrom er saker der psykiatere/psykologer blir seksuelt involvert med sine pasienter. Gullestad er inne på temaet, men kunne med fordel utdypet dette.

VENNER ELLER FIENDER?

Kjærlighet og seksualitet, forent eller ikke, har noe uutgrunnet og en spenning i seg, noe som vi aldri helt blir ferdig med. Dette bevitnes i både litteratur, film og musikk. Derfor er det så fint når Gullestad leker seg med dette og tar inn både film, litteratur, musikk og teater for å belyse temaet. På sitt beste klarer Gullestad å holde på «spenningen» og la det være slik.



UUTGRUNNELIG Kjærlighet og seksualitet, forent eller ikke, har noe uutgrunnelig og en spenning i seg, noe som vi aldri helt blir ferdig med, skriver vår anmelder. Her er det Marilyn Monroe og Montgomery Clift som spiller ut spenningene i filmen *The Misfits* fra 1961. Foto: NTB

Kapittelet «Når kropper snakker sammen» er i så måte svært bra. Her skriver Gullestad blant annet (s. 59):

Kan ord noensinne fullt ut uttrykke følelsenes fylde? Poeter baler med dette spørsmålet. Det uutsigelige skal diktet røbe dog, sier Welhaven, og understreket med dette at det poetiske språket sikter mot å innsirkle og antyde det som ordene ikke umiddelbart fanger. Som terapeut baler jeg også med forholdet mellom følelser, kropp og ord.

Andre ganger er det som om hun, i selve skrivingen, har behov for trygghet og skriver solid og sikkert fra et faglig ståsted. Dette fungerer også bra, men kanskje blir det litt for trygt? Sett fra et psykoanalytisk ståsted ville det vært enda mer interessant hvis Gullestad også gikk i dialog med den franske psykoanalysen, for eksempel Janine Chassequet-Smirgel og Joyce McDougall, når hun drøfter begjæret opp mot kjærligheten. Det kunne også vært interessant å få Gullestad til å reflektere over psykoanalytikerens Donald Meltzers bidrag, han har skrevet mye om seksualitet og kjærlighet. Men dette er kanskje for mye forlangt. Det viktigste er å understreke at dette er ei veldig god bok som fortjener mange lesere. De store linjene i boka er lette å følge, og Gullestad skriver godt om konflikten mellom kjærlighet og begjær.

Hva med kjærligheten og begjæret, mener Gullestad at det lar seg forene? Forfatteren har gode betraktninger omkring mulighetene for at vi

kan finne en måte å leve med konfliktene på. I god psykoanalytisk ånd handler det om aksept og innsikt. Nærmere bestemt å godta sitt eget begjær, og her henvender Gullestad seg spesielt til kvinner. Men for begge kjønn handler det om å være i kontakt med det kroppslige i oss selv og samtidig prøve å rydde av veien skammen og angsten som så fort melder seg. Hvordan da forene dette begjæret med kjærligheten til en og samme partner? Gullestad peker mot noen grunnleggende forhold som ikke er revolusjonerende nye, men som det likevel gir mening å tenke nærmere over. Det handler blant annet om å være nysgjerrig på den andre og å godta partnerens annerledeshet som noe spennende. Slik jeg leser henne, har kjærlighet og seksualitet det til felles at det er to ulike mennesker som må «se» den andre og samtidig finne plass til seg selv, i en fortrolig alltid-i-utvikling-relasjon. Her ligger det også en kime til både sorg og konflikt. For konflikten vil alltid være der, de blir ikke borte selv med denne boka. ❌

Ledelse sett med psykologiske briller

Jobbpsykologi skiller seg ut ved å la hjernen være midtpunkt.

TEKST Karl Johan Gløppen, førstelektor i organisasjon og ledelse ved Universitetet i Sørøst-Norge, Handelshøyskolen

Arbeidslivet er troen sterk på at ledelse kan utrette store ting, selv om det er spinkelt med forskningsresultater som kan bekrefte dette (Karp, 2019). Carina Carls og Rebekka Egeland's bok *Jobbpsykologi* føyer seg inn i den store mengden litteratur på området, og forfatterne er ingen lettvektene (Carl & Egeland, 2021). Med seg har de tung psykologisk fagkompetanse og praktisk konsulenterfaring, en kombinasjon som øker troverdigheten på et kunnskapsfelt der teori og praksis kan stå langt fra hverandre. Som organisasjonsteoretiker forventer jeg derfor å finne noen godbiter som kan berike min forståelse av feltet, og som jeg kan ta med meg til mitt praksisfelt som universitetspedagog.

LEDELSE PÅVIRKER

Boken er lett å lese. Uanstrengt beveger jeg meg fremover i teksten, noe som tyder på at forfatterne kan kunsten å formidle fag til et bredere publikum. Bokinnholdet appellerer til en vid leserkrets, særlig til de som står med en fot i et hierarkisk oppbygd arbeidsliv, og som må forholde seg til ledere med både svake og sterke sider. Det er usikkert om ledere kan snu negative økonomiske resultater, men det er godt dokumentert at ledere kan bli den største ulykke for medarbeidere i organisasjoner (Strand, 2007).

Dette skjer når personalet ikke blir sett, ikke får tilbakemeldinger på utført arbeid, ikke involveres når viktige beslutninger tas, og som ikke får muligheten til variasjon og utvikling i jobben. Vi trenger derfor psykologer som fremhever relasjonstenkning på arbeidsplassen, noe denne boken er et eksempel på.

RELASJONSKOMPETANSE

Relasjonskompetanse er en uvurderlig ressurs i organisasjoner. Organisatorisk kapasitet, som overgår hva enkeltmennesker og uformelle grupper kan prestere, vinnes bare hvis ulike roller, seksjoner, avdelinger og nivåer klarer å skape et godt samarbeid med hverandre. I mange virksomheter er dette svakt utviklet. I bratte organisasjoner tuftet på asymmetriske maktrelasjoner, er leder–medarbeider-relasjonen av stor betydning. Det er denne relasjonen *Jobbpsykologi* har feste i, selv om boktittelen ikke akkurat gir assosiasjoner til dette. For dette er en tekst som i hovedsak handler om ledelse sett med psykologiske fagbriller, et perspektiv som fremhever relasjonstenkning på arbeidsplassen.

Jeg synes forfatterne beskriver, utdyper og begrunner godt hvor vanskelig det er å etablere slitesterke relasjoner der man jobber, og hvor lett de kan gå i stykker. Ledere bestreber seg på å være god på menneskehåndtering, for evnen til å håndtere det psykososiale feltet vektlegges og verdsettes i arbeidslivet. Svake egenskaper på dette området kan påvirke lederkarrieren negativt. I praksis er det imidlertid mange ledere som ikke får ut personalets potensial, de sliter med å skape oppslutning, engasjement og motivasjon hos personalet (Strand, 2007). *Jobbpsykologi* trefter derfor et stort behov i arbeidslivet, og selv om en bok ikke kan gjøre underverker i ledelse, kan den sette ledere på sporet av noe, eller skape en bevissthet som fører lederaktiviteter inn på bedringens vei.



I boken nevnes innledningsvis at «ledelse er psykologi». Jeg er enig i at det langt på vei stemmer i mellommenneskelig samspill, men ledelse handler også om kontroll og regulering, strategi og entreprenørskap. I *Jobbpsykologi* er dette lite vektlagt. Relasjonstenkningen blir dermed frikoplet fra vitale ledelsesoppgaver, noe som setter en viktig del av ledervirkeligheten i skyggen. Ledelse er imidlertid et omfattende kunnskapsfelt, og en bok kan ikke romme alt. Det ville lett skapt en perspektivløs fremstilling. Forfatterne vektlegger som sagt relasjonstenkning. Et slikt valg kan forsvares. Effektiv ledelse kan vanskelig oppnås dersom kompetanse til å skape, utvikle og opprettholde relasjoner mangler i lederskapet (Midelfart & Midelfart, 2021). Menneskehjernen er av vital betydning i slike sammenhenger, ifølge forfatterne.

HJERNENS BETYDNING

Jobbpsykologi skiller seg ut ved å la nettopp hjernen være midtpunkt i en bok om ledelse. En slik innfallsvinkel har jeg ikke sett før i norsk ledelseslitteratur. Ledelseslitteraturen fokuserer mest på lederatferd, »

”

... det er godt dokumentert at ledere kan bli den største ulykke for medarbeidere

TO-SIDIGE Forfatterne Carina Carls og Rebekka Egeland er psykologer med en fot i konsulentbransjen. Bakgrunnen deres gjør at boken berører reelle utfordringer i arbeidslivet, mener vår anmelder. Foto: Kaja Bruskeland



BOK *Jobbpsykologi*

FORFATTERE

Carina Carls og Rebekka Egeland

FORLAG Cappelen

Damm

ÅR 2021

SIDER 144



... bok-
teksten
har en
slagside
mot
emosjons-
psykologi

gjerne innenfor rammen av en formell organisasjon, der mennesker fyller lederroller som påvirker og påvirkes av strukturelle rammebetingelser. Dette beskrives og analyseres uten nærmere overveielser over hvordan menneskehjernen er konstruert og fungerer. Det er mye som tilsier at hjernen bør gis mer oppmerksomhet i ledelse, ikke minst fordi den er med på å bestemme mange av «jegets» egenskaper (Nordengen, 2017). Mye utviklingsarbeid i arbeidslivet går ut på å endre personalets egenskaper. Hjernens plastiske egenskaper gir rom for dette. I *Jobbpsykologi* koples hjernen til sosiale forhold på arbeidsplassen. Slik møtes natur og kultur. Hjernen frigjøres fra naturvitenskapens deterministiske forklaringer. Forfatterne formidler at hjernen ikke er alene. Den kan påvirkes, kontrolleres og trimmes i den hensikt å forbedre samspillet i organisasjoner. Hjernen utpekes dermed som selvransakelsens sted. Og på denne måten åpnes det opp for et nytt virkemiddel i ledelse. Det er ingen tvil om at hjernen påvirker tanken. I boken utbroderes dette med utgangspunkt i etablert psykologisk kunnskap (kognitiv psykologi). Mer usikkert er det om en sterkere bevissthet om hjernens plastiske karakter kan forbedre ledelse i organisasjoner.

Ledelse er følsomt for kontekst. En analyse bør derfor forankres i virksomhetens strukturelle og kulturelle rammebetingelser. Bokens betraktninger om hjernen er imidlertid svakt forankret i organisasjonsmiljøet, eller koplinsen fremstår etter mitt syn som sporadisk og fragmentert. Slik bortfaller et viktig element for å forstå hvordan natur og kultur henger sammen i forbindelse med ledelse. En helhetlig fremstilling av ledelse oppnås bare når organisasjonen gis en sentral plassering i fremstillingen. Det er i denne sammenhengen hjernens fordeler kommer til uttrykk i forbindelse med ledelse. Og det er ingen tvil om at det er hjernen som er stjernen i forfatternes fremstilling, og dette er et syn som står på solid grunn. Det er godt dokumentert at lederens kognitive egenskaper er prestasjonsfremmende, men denne muligheten kan bli innskrenket av organisasjonens rammebetingelser. Sistnevnte har lett for å bli borte i en psykologisk fremstilling, som er vendt innover mot personalets følelsesliv. *Jobbpsykologi* har et klart drag i denne retningen, og bokteksten har en slagside mot emosjonspsykologi.

MIXED EMOTIONS

Organisasjonssosiologi har sterkt feste i systemtenkning. En slik tilnærming er opptatt av organisasjonsfenomener, men menneskene har lett for å bli usynliggjort i sosiologiens vidløftige abstraksjoner. I *Jobbpsykologi* er det motsatt. Mennesket er hovedaktøren i fortellingen. Et slikt grep gjør det lettere å få tak på innholdet, og det blir etter min mening enklere for leseren å identifisere seg med fagstoffet. Bokens hovedtanke er at vanskelige følelser hos personalet, noe som er påvirket av kjemiske og fysiske prosesser i hjernen, volder ledere store utfordringer. Emosjoner representerer en psykologisk kraft som kan slå både negativt og positivt ut i arbeidslivet (Kaufmann & Kaufmann, 2015). I boken gis gode råd om hvordan ledere kan regulere emosjoner for å få arbeid inn i gode former. Forfatterne anbefaler i denne sammenhengen at ledere utvikler tillitsskapende relasjoner, benytter mangfoldig kompetanse, delegerer makt og myndighet, skaper aksept for prøving og feiling, legger arbeid i flate strukturer og at det utvikles en positiv kultur på arbeidstedet. Dette øker sjansen for å skape en trygg psykologisk arbeidsatmosfære, ifølge forfatterne.

Dette er ingen lett vei å gå. Sjansen er stor for at velmenende tiltak strander. Og til forskjell fra mye av den populære «management-litteraturen» gir *Jobbpsykologi* indirekte uttrykk for at det er ingen kvikkfiks å få bukt med emosjoner som er i ulage og skaper samarbeidsbarrierer. Forfatterne øser av sin psykologikunnskap, og tar leserne med seg inn i mentalitetens innviklede strukturer, uten at fagformidlingen blir hengende i løse luften. I stedet tas kunnskapen ned på en praktisk plan, noe som får psykologi til å fremstå som et egnet lederverktøy. Dette kommer etter mitt syn særlig til uttrykk i kapittel fire om kommunikasjonsutfordringer. I denne delen gis en hverdagslig innramming som jeg tror mange vil kjenne seg igjen i. En slik evne tror jeg bunner i at forfatterne ikke bare er teoretikere. De har også en fot i konsulentbransjen, en erfaring som bidrar til at stoffet kommer i berøring med reelle utfordringer i arbeidslivet.

UTVIKLINGSOPTIMISME

Psykologi er kanskje det faget som i størst grad formidler at mennesker ikke er en blank tavle.

Jobbpsykologi er ikke noe unntak i så måte. Her påpekes at fortiden setter sine klare spor. En uheldig oppvekst kan lede til dårlige relasjoner på arbeidsplassen. Dette kan påvirke ledermedarbeider-relasjoner negativt, men til forskjell fra mye organisasjonssosiologisk litteratur formidler forfatterne at fortidens ballast ikke trenger å stå i veien for progresjon og utvikling. Carl og Egeland gir ledere handlingsrom. I boken ses ikke ledere på som nikkedukker, fullstendig underlagt og styrt av etablerte normative og mentale forutsetninger. På denne måten legger *Jobbpsykologi* seg tett opp til moderne Human Resource-tenkning, der mye kan repareres ved å justere på kritiske faktorer i arbeidssituasjonen (Gloppen, 2020). Forfatterne antar at det er rom for vekst og utvikling. Utforming av et godt arbeidsmiljø kan få den utrygge til å kjenne seg trygg i arbeidssituasjonen. En slik optimisme faller i god jord for de som driver med utvikling og forbedring på det psykososiale arbeidsfeltet. Det er et stort korps av konsulenter som opererer innenfor dette området, som selgere av håp og framtidstro. *Jobbpsykologi* er en bok som passer inn i dette tankemønsteret.

Tiltroen til Human Resource Management er imidlertid ikke like sterk i alle miljøer. I arbeidslivet er tidsfristene korte. Tiden er knapp. Utålmodige investorer forventer resultater raskt. I et slikt

klima premieres handlekraft og kjappe snuoperasjoner. Personalutvikling foregår imidlertid i et mer langsomt tempo. Resultater oppnås ikke i en fei på dette området. Noen ganger går det heller ikke veien hjem med tiltaket man prøver ut. Det er ikke fritt for at utviklingsarbeid ender med status quo på Human Resource-feltet. I *Jobbpsykologi* formidles en slik forståelse, at utvikling er en usikker øvelse, noe som særlig kommer fram i passasjene om psykologiens forutsetninger for sosialt liv. Samtidig fortelles en historie om at det nytter å drive med organisasjonsutvikling med utgangspunkt i menneskelig arbeidskraft. Og dersom ledere ikke er i stand til å endre seig-livede organisasjonskulturer, har de muligheten til å justere på egen stil og væremåte for å oppnå gevinster. I boken kalles dette for selvledelse, ikke i den betydning at lederoppgaver overlates til kunnskapsrike medarbeidere, men at ledere kan drive selvpleie i den hensikt å bli en bedre utgave av seg selv. Ufortjent eller fortjent har selvhjelps litteraturen fått mye pepper, men ledere som reflekterer over egen praksis og væremåte, kan være nyttig hvis det selvkritiske blikket har forankring i den sosiale sammenheng ledelse utøves i. Forfatterne kunne med fordel gjort denne koplingen sterkere, særlig fordi begrepet organisasjon blir en uklar størrelse i teksten. ✕

LITTERATUR

- Brochs-Haukedal, W. (2017). *Arbeidspsykologi og ledelse*. Fagbokforlaget.
- Carl, C. & Egeland, R. (2021). *Jobbpsykologi*. Cappelen Damm.
- Gloppen, K.J. (2020). *HRM i norsk arbeidsliv*. Cappelen Damm Akademisk.
- Karp, T. (2019). *God nok ledelse. Hva ledere gjør i praksis*. Cappelen Damm Akademisk.
- Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (5.utg.). Fagbokforlaget.
- Midelfart, G. & T.N. (16. juni, 2021). Vi drukner i bøker om ledelse. Hva bør jeg lese? *Dagens Næringsliv*.
- Nordengen, K. (2017). *Hjernen er stjernen. Ditt eneste uerstattelige organ*. Kagge forlag.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2.utg.). Fagbokforlaget.

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

Å måle med kjensler

Kjenslene mine er som eit godt brukt målarsskrin.

TEKST Arnstein Søvik, barnevernspedagog og familierapeut

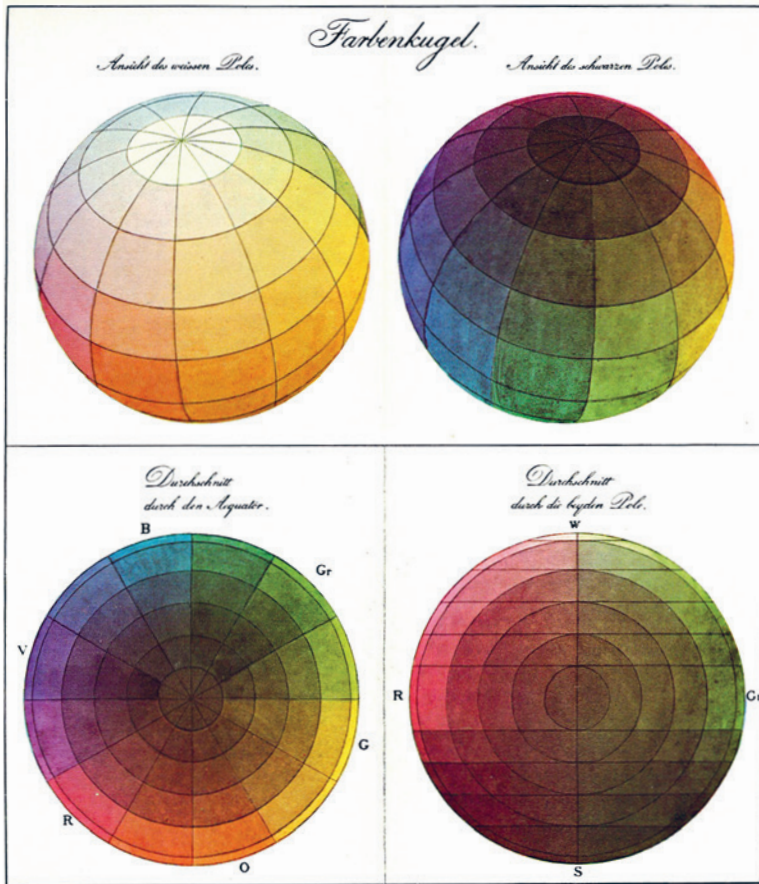
Kjenstler er naudsynt og komplisert. Dei kan vere gode og vonde. Dei kan verke bindande og fråstøytande. Aktiverande og regulerande. Kjensler vert ofte omtala som noko universelt gitt og avgrensa – samstundes kan dei verke intuitive og til tider kaotiske. Noko unikt og erfart. Noko berre eg kan kjenne i min kropp. Fleire har søkt etter svar på kjenslenes mystikk. Nokre har leita i ansiktsuttrykk, i kroppslige reaksjonar og andre i nevrobiologiske nettverk i hjernen. Likevel ser det ikkje ut til at vi finn ein universell fasit på kor mange kjensler vi har, korleis dei vert skapte, eller korleis dei kjem til uttrykk.

Eg møter kjensler i forskjellige samanhengar. Nokre menneske vert sende til meg med ei bestilling. Dei treng å få kontakt med, eller setje ord på, kjenslene sine. Som om kjensler skulle vere eit universelt språk som var likt for alle. Andre kjem med eit ynskje om å verte betre til å regulere kjenslene sine. Som om dei var utstyrte med knappar og brytarar der vi kan justere opp, ned, fram og tilbake på dei ulike kjenslene. Nokre kjem berre innom fordi dei ynskjer å forstå sine egne kjensler. Nesten som det var ein kognitiv kode vi skulle knekke. Det vert sjølvstøtt spanande og viktige samtalar av desse spørsmåla. Men det som skapar dei mest intrikate

refleksjonane – det som riv djupast i nysgjerrigheita mi, det er når eit par kjem til meg, og ein av dei seier: «*Eg er usikker på kva eg føler for partnaren min. Vi treng hjelp til å finne tilbake til kjenslene for kvarandre.*» Kjensla desse menneska håpar å finne, er kjærleiken. Relasjonens fremste kjensle og hjarte for tilknytning. Den tilstand der opplevinga er større enn summen av delane.

KJÆRLEIKENS GÅTE

Det var ei tid då eg var lukkeleg naiv og uendelig nysgjerrig. Eit av mine utopiske mål var å lære meg alle kjenslene vi menneske har. Namna, opplevinga, reaksjonane, fargane, hormon og signalstoff. Ja, kort sagt heile psy-



SYSTEM Eit av mine utopiske mål var å lære meg alle kjenslene vi menneske har. Namna, opplevinga, reaksjonane, fargane, hormon og signalstoff. Illustrasjon: Philipp Otto Runge (1777-1810). Die Farbenkugel / Wikimedia commons

kologien, biologien og det sosiale samspelet som styrer våre emosjonar og affekter. Det var slik eg hadde forstått kjenslene våre; som noko objektivt, rasjonelt og allment. Eg leste og studerte. Men desto djupare eg kom ned i detaljane, jo meir usikker vart eg. Det var noko som ikkje stemte. Mentalt hadde eg laga meg eit bilete, nesten som eit målarsskrin for born. Eit lite sett med åtte eller tolv sterke fine fargar. Distinkt åtskilte og klart forskjellige. For å føle noko måtte du dyppe den reine penselen din i eit av mammas gamle syltetøyglas, fylt med krystallklart vatn. Forsiktig røyrrer du penselen din rundt i glaset. Utan å søle ein einaste liten dråpe, flyr du penselen bort til målingsfargane dine. Blått. Du stryk den våte penselen din i sirklar. Rundt og rundt. Medan vatnet løyser opp fargen, ser du korleis det blå trekkjast djupt inn i busta på penselen din. Nett så fint, så djupt, så blått. Ein transaksjon mellom deg, kjenslene dine og eit objekt du føler noko for.

Å måle med kjensler kan beskrivast ryddig og elegant. Farge for farge, kjensle for kjensle. Men når barnet har fått måle med kjenslene sine ei stund, då er ikkje vatnet vi fekk frå mor, like klart og gjennomsiktig lenger. Det har blitt farga med fleire nyansar.

”

Eg har lært kva kjærleik er, fordi eg også har kjent på frykta for å miste det som er kjær for meg

»



Eg trur kjærleiken
er ein alvorlig leik

Kanskje til og med grumsete? Kva då med dei åtskilte fargane? Dei er der enno. Men gult har fått spor av grønt, litt svart og noko lilla. Kvitt flyt over av alle verdas fargenyansar, og det einaste fargane har til felles no, er at alle har litt av alt. Litt av kvarandre. Kanskje er det ikkje like enkelt å skilje fargane frå kvarandre no lenger.

ORTHOSIA GOTHICA

Eg har vel enda opp med ei erkjenning. Kjenslene mine, som tross alt er dei einaste kjenslene eg har tilgang til, er som eit godt brukt målarsskrin. Det er ikkje negativt. Det er det som gjer at eg no kan måle dei mest avanserte emosjonelle nyansar som «*eg elsker deg*» i sterke, klare fargar. Eg har ikkje lært meg dette åleine. Ingen kunne lært slik kunst heilt av seg sjølv. Eg har lært det saman, og i samspel, med alle rundt meg. Eg har lært gjennom erfaringar, historier eg har blitt fortalt, filmar, bilete, kunst og musikk. Gjennom observasjonar, tankar og tolkingar. Med gleder og soger. Eg har lært kva kjærleik er, fordi eg også har kjent på frykta for å miste det som er kjærte for meg. Eg trur ikkje nokon av kjenslene våre kan forståast isolert eller som noko universelt. Dei må forståast som unike regnbogar med fargar i saumlause overgangar. Som for eksempel når eg held rundt deg. Kropp mot kropp og ser deg i auga. Kjenner pust og puls i rytme med min, tek sats og seier «*Eg elsker deg*». Då er det noko heilt unikt. Ein farge så kompleks at eg manglar eit betre språk for å beskrive dette bandet mellom oss.

Skal vi først forsøkje å tolke kjensler, då må vi også erkjenne heile den komplekse kroppen vår som både skapar og registrerar forskjellige signal. Uttrykket «*sommarfuglar i magen*» er eit godt visuelt eksempel. Det kan høyrast harmonisk ut med svevande og dansande *anthocharis cardamines*¹, som kilar lett i magen når vi er litt spente eller gler oss til eitkvart. Men dei same signala kan tolkast annleis. I ein anna situasjon, kanskje noko vi gruar oss til, vert magen invadert av svermande *orthosia gothica*². Den tidlegare harmoniske kjensla vert stikkande og tung. Vår eiga rolle som regissør over kjenslene våre er utfordrande å forstå fullt ut.

AKKURAT FOR DEG

Eg trur kjærleiken er ein alvorlig leik, på godt og på vondt. Den vert best beskrive av eit entusiastisk barn som målar, utan pensel, med begge hendene sine. Eit herleg kaos. Alle fargar, alle lepidopitera på ein gong. Det er akkurat det som gjer denne leiken så viktig, sterk og levande.

Når ein målar med kjærleikens farge, kva no enn den måtte bestå av for deg, då er det som med all anna måling. Eit einaste strøk er ikkje nok! Skal kjærleiken bestå, må den haldast ved like og passast godt på. Der som ikkje det vert gjort, vil desse kjenslene flakke opp og flasse av og til slutt ser vi dei ikkje. Kanskje er det nettopp det som har skjedd med paret som kjem til meg på leiting etter den bortkomne kjærleiken. Denne jakta kan vere vanskeleg, derfor forsøker eg å byrje samtalen med det enkle spørsmålet: Korleis ser eigentlig kjærleiken ut, akkurat for deg? ✕

.....

1. Dagsommerfugl
2. Nattsommerfugl eller nattsvermere

Sykepenger for selvstendig næringsdrivende

Folketrygden har egne regler for sykepenger til selvstendig næringsdrivende. Mens ansatte har sykepengedekning fra første fraværsdag, har næringsdrivende bare rett til sykepenger fra 17. fraværsdag. I tillegg vil også dekningsgraden være lavere.

Dersom du driver egen virksomhet organisert som et enkeltpersonforetak (ENK) eller som et ansvarlig selskap med solidarisk ansvar (ANS) eller delt ansvar (DA) regnes du som selvstendig næringsdrivende i folketrygdens system. Er virksomheten organisert som et aksjeselskap (AS) regnes du ikke som næringsdrivende etter folketrygdloven. Da regnes du som lønsmottaker og ansatt, selv om du er eneste ansatte i eget selskap.

Selvstendig næringsdrivende har rett til sykepenger fra NAV fra 17. fraværsdag ved egen sykdom og bærer selv ansvaret for inntektstap i denne perioden, med mindre de har tegnet tilleggsforsikring i NAV. Slik forsikring må være tegnet minst fire uker før arbeidsuførheten inntreffer.

Næringsdrivende får også lavere dekningsgrad enn lønsmottakere ved sykdom. For næringsdrivende utgjør sykepengene 80 % av sykepengegrunnlaget opp til 6 x folketrygdens grunnbeløp (1G = 106 399 kroner per 1. mai 2021). Beregningen tar som hovedregel utgangspunkt i gjennomsnitt av pensjonsgivende årsinntekt de siste 3 siste årene.

Prosentsatsen regnes av maks 6G. 80% av 6G gir maksimalt 510 715 kr i sykepenger fra folketrygden. Ved delvis sykmelding kan sykepengene graderes fra 100 prosent og ned til 20 prosent. Se NAVs nettsider for mer om vilkår og beregning av sykepengegrunnlag.

Dersom du har inntekt både fra selvstendig næringsdrift og ansettelse, vil NAV beregne sykepenger ut fra hvor mye av inntekten som kommer fra henholdsvis ansettelsesforhold og næringsdrift. Vær oppmerksom på at NAVs tak for utbetaling alltid begrenser seg til 6G. NAV prioriterer refusjon til arbeidsgiver opp til 6G, og at det blir derfor ofte ikke noe igjen til utbetaling for den delen av inntekten som kommer fra næringsdrift.

TILLEGGSFORSIKRING FRA NAV

Du kan tegne forsikring for bedre sykepengedekning. NAV har en egen ordning for slik

frivillig tilleggsforsikring. Næringsdrivende med tilleggsforsikring etter § 8–36 bokstav a eller c, har rett til sykepenger også i de første 16 kalenderdagene. Det er et vilkår at forsikringen er tegnet minst fire uker før arbeidsuførheten inntreffer.

Du kan velge mellom

- 80 prosent dekning av sykepengegrunnlaget fra 1.–16. sykefraværsdag
- 100 prosent dekning fra 17. sykefraværsdag
- 100 prosent dekning fra første sykefraværsdag

Med 100% av sykepengegrunnlag menes her 6G = NOK 638 394. Les mer om tilleggsforsikringene på NAVs nettsider.

Du kan også tegne sykeavbruddsforsikring hos andre leverandører for å dekke inntektstap ut over det som dekkes av folketrygden. Forsikringsselskaper tilbyr sykeavbruddsforsikring for inntektstap mellom 6G og 12G, og dekker vanligvis sykdom i 360 dager dersom du blir minimum 50% arbeidsufør av skade eller sykdom. Forsikringspremien avhenger av alder og hvor stor del av inntekten som ønskes dekket. Se Storebrands nettsider for mer informasjon om sykeavbruddsforsikring eller kontakt eget forsikringsselskap.

Som næringsdrivende bør du i tillegg vurdere forsikringer for uførhet og død. Gjennom Akademikeravtalen får du tilbud om forsikring for gruppeliv død (12, 22 eller 40 G) eller gruppeliv uførhet (12, 22 eller 30 G) og tidsbegrenset uførerente på inntil 2 G. Det er også mulig å tegne en yrkesskadeforsikring, hvor du evt. kan tilknytte dekning for fritidsulykke.

Psykologforeningen anbefaler også næringsdrivende medlemmer å sette seg inn i mulighetene for pensjonssparing. Ved tegning av pensjonsavtale kan det tilknyttes en uførepensjon. Se våre nettsider om pensjon for selvstendig næringsdrivende.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST

Spesialrådgiver/
advokat Heidi Roald

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

Privat næringsdrivende psykologer

Antall psykologer som er privat næringsdrivende har økt betydelig de siste 10 årene. Økningen er hos de helprivate uten offentlig støtte.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST Visepresident med ansvar for lønns- og arbeidsmarkeds-politikk Rune Frøyland

Avtalespesialister er integrert i offentlig helsevesen og får sin økonomi fra Regionalt helseforetak og trygdesystemet. Antall avtalespesialister har stått stille i over 25 år, noe som gir betydelig mindre tilgang på psykologer i privat avtalepraksis i dag ettersom befolkningen har økt med om lag 20 % i samme periode. Samtidig har behovet for psykologhjelp i seg selv har økt i perioden.

Dette er medvirkende grunner til at antall psykologer i helprivat praksis, uten offentlig støtte, har økt betydelig de siste 10 år. I Psykologforeningens medlemsmasse ser vi en fordobling, fra om lag 250 til 550. Blant psykologer under 40 år er det en tredobling.

Norge har et sterkt offentlig helsevesen. Psykologforeningen støtter opp om dette. Politisk er det et ønske å få psykologer inn i ledige offentlige stillinger rundt i landet, heller enn etableringer i helprivate praksiser. Men vi ønsker ikke ordninger som tvinger psykologer til flytting, så som turnusordninger o.l.

Positive virkemidler må til for å øke mobilitet i akademikergrupper. Særlig kommuner må være bedre til å rekruttere akademikere og psykologer ved virkemidler som lønn, fri barnehageplass, jobbmuligheter for ektefelle, kanskje noen uker uten jobbplikt, eller muligheter til å jobbe fra fjernkontor i perioder, for å kunne opprettholde kontakt med familie. Det offentlige helsevesen, kommunalt og spesialisthelsetjeneste, må ta ansvar og etablere gode rekrutteringsprosedyrer, samt organisere arbeidsbetingelser slik at psykologer ikke slutter i tjenestene.

Etableringer av helprivate psykologpraksiser kan sies å utfordre det offentlige helsevesen ved at de som kan betale kjøper seg behandling utenom offentlige køer. Dette er likevel ikke et ansvar som kan individualiseres til den enkelte psykolog som oppretter praksis. Også psykologer har en rett til å bo og å etablere seg der de vil.

Økningen i helprivate psykologvirksomheter innebærer at en betydelig gruppe psykologer har arbeidshverdag med langt svakere

yrkesmessig sosialt sikkerhetsnett enn sine kollegaer ansatt i offentlig sektor. Det bekymrer oss.

Er næringsdrivende dårlig sosialt sikret? Ja! En ny undersøkelse fra Akademikerne ved Respons analyse viser at over 60 prosent oppgir å ikke ha sykepengeforsikring. Kun to prosent av næringsdrivende har tegnet yrkesskadetrygd gjennom NAV, 26 prosent har yrkesskadeforsikring i et privat selskap, 69 prosent har ikke yrkesskadeforsikring, mens om lag en tredel ikke sparer til pensjon.

Sammen med Akademikerne jobber vi for at selvstendig næringsdrivende skal få bedre tilgang på folketrygdens tjenester, bl.a. bedre rettigheter til sykepenge og til ytelser ved yrkesskade. Vi vil også ha likeverdige rettigheter ved pensjonssparing for næringsdrivende og ansatte, med lik sats for skattegunstig pensjonssparing, og vi vil ha innført minstefradrag for selvstendig næringsdrivende. Dette arbeidet har ført til bedring både i sykepengerettigheter og i pensjonssparingsmuligheter de siste årene.

Der hvor det er to eller flere psykologer ansatt eller tilknyttet som oppdragstakere i helprivate kommersielle helsebedrifter og virksomheter, bør de velge en talsperson. Å fremstå enhetlig og samlet i ansettelses- eller kontraktsforhold gir best mulighet for å avtale gode felles rettigheter og sikre at lønn og honorarer dekker de utgifter som normalt er inkludert i lønn. Avtalte rettigheter vil hjelpe senere kolleger i virksomheten.

Det er viktig at talspersoner for psykologer i helprivate virksomheter registrerer seg og oppretter kontakt med Psykologforeningens sekretariat. Ved å ha oversikt kan vi tilby kurs og opplæring. Vi bør ytterligere forsøke å koble psykologer i private virksomheter til Psykologforeningen slik at vi kan lage en representasjon for gruppen inn i foreningen og gi en stemme til gruppens anliggender inn i foreningens arbeid. Kontakten med medlemmene i denne økende sektoren må vi bygge ut og systematisere fremover.

Akademikerne arrangerer en webinarserie for næringsdrivende denne høsten – se <https://akademikerne.no/2021/webinarserie-for-naeringsdrivende> for ytterligere informasjon og påmelding. Tema for webinarserien er valg av selskapsform, skatt, pensjon, personvern og rettigheter ved sykdom



Vineland-3™

I høst lanseres den nye versjonen av Vineland. Vineland-3 måler forskjellige domener innenfor adaptiv atferd og hjelper deg med effektivt å måle ulike funksjonsnedsettelse hos barn og unge. Den nye versjonen identifiserer sterke og svake sider med større presisjon og måler domener som stemmer overens med de primære adaptive ferdighetsområdene i diagnosen intellektuell funksjonsnedsettelse i DSM-5.

Les mer om Vineland-3 her:

www.pearsonclinical.no/vineland3-info





Vil du utføre et viktig oppdrag for UDI?

Dialoggrupper om vold er et forebyggende tiltak for å redusere vold i og utenfor asylmottakene.

Mottakene tilbyr dialoggrupper til mannlige beboere, og vi vurderer også om vi skal utvide målgruppen.

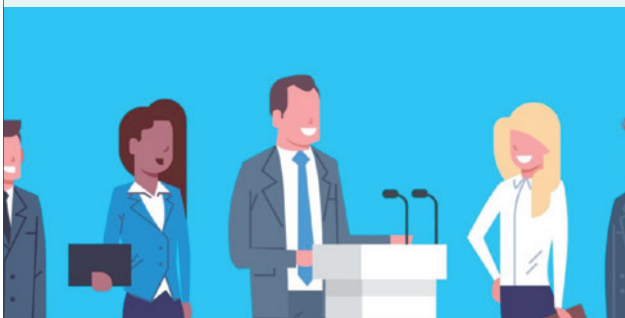
Som tjenesteleverandør vil du stå for opplæring og individuell veiledning av gruppelederne på hvert enkelt mottak, for faglig påfyll og erfaringsamlinger.

Konkurransen blir kunngjort medio oktober i Doffin.

Webinarserie for næringsdrivende

Akademikerne arrangerer en webinarserie for næringsdrivende denne høsten. Tema for webinarne er valg av selskapsform, skatt, pensjon, personvern og rettigheter ved sykdom.

Se ytterligere informasjon og meld deg på her: <https://akademikerne.no/2021/webinarserie-for-naeringsdrivende>



A

akademikerne



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Stempel med medlemslogo for psykologer

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

Stempel kan kjøpes hos Aksess & Daylight as for kr 345. Dersom du ønsker egne opplysninger i tillegg til logoen er prisen kr 1075. De oppgitte priser er inkl. mva og porto.

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



Digitalt kurs
25.10.-26.10.21.
kl 9.00 - 16.00
Kostnad 5.000,00

Påmelding til:
www.emdrkurs.no



Dolores Mosquera,
Director of the Institute for
the Study of Trauma and
Personality Disorders
(INTRA-TP), A Coruña,
Spain, Psychotherapist,
EMDR Europe Approved
Trainer, boardmember
ESTSS



A Savita Dalsbø
Psykologspesialist
NPF
EMDR Europe
Approved C&A
Senior Trainer



Einar Jenssen
UKCP reg.
Psychotherapist
EMDR Europe
Approved
Consultant

Kurs i EMDR og komplekse traumer

Det er en stor glede og ønske velkommen dette kurset.

Med EMDR-terapi har du lært en effektiv og strukturert måte å behandle PTSD og andre traumereaksjoner.

I mer alvorlige og komplekse saker kan vi som klinikere støte på mange utfordringer. Vi erfarer bla at DSI (dysfunksjonelt lagret informasjon) er mer enn bare minner og at DSI også er relatert til tilknytningsproblematikk og selvutvikling.

Dolores Mosquera har i lengere tid benyttet EMDR i behandlingen av pasienter med alvorlige og komplekse traumer. Hun behandler både misbrukte kvinner og voldelige menn. Dolores er også involvert i behandlingen av ungdomskriminelle. Hun er en erfaren kursleder og holder kurs over hele verden. Hun har også skrevet flere bøker og mange artikler om personlighetsforstyrrelser, komplekse traumer og dissosiasjon og er en annerkjent ekspert innen dette området.

Dette kurset vil gi deg en videre opplæring i en del aspekter som en EMDR-terapeut må forstå og kunne anvende i de mer alvorlige og komplekse pasientsakene.

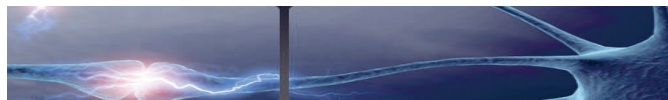
Du vil få praktisk kunnskap og erfaring med dissosiasjon og konkret hvordan jobbe med affektoleranse.

EMDR grunnutdanning trinn I er en forutsetning. Som kursdeltaker får du en manual med nyttige verktøy. Første dag foregår undervisningen på lettfattelig engelsk den andre på norsk.

Velkommen!



EMDR EUROPE



MANCHESTER – TRONDHEIM
WWW.MCT-INSTITUTE.COM

MASTERCLASS I METAKOGNITIV TERAPI, 2022–2023, OSLO

MKT Masterclass er et 2-årig utdanningsprogram som tilbys av *Metacognitive Therapy Institute* (MCT-I; www.mct-institute.com). Professor Odin Hjemdal og førsteamanuensis Henrik Nordahl er ansvarlige for den norske versjonen av utdanningen. Målet med utdanningsprogrammet er å gi helsepersonell muligheten til å oppnå høy kompetanse i MCT. Utdanningen vil kunne føre frem til tittel som «MCT-Institute registered therapist» som er en beskyttet og registrert tittel for de som fullfører utdanningen med godkjent diplom. Samlingene vil bli holdt i Oslo, og gjennomføres i perioden mars 2022 - desember 2023.

MKT Masterclass er et spesialisert utdanningsprogram ment til å bygge kompetanse i utøvelsen av denne innovative behandlingstilnærmingen. Programmet tilbyr den mest faglige oppdaterte kunnskapen om MCT, og tilbyr mulighet til å utvikle klinisk kompetanse og ferdigheter på områder som ulike angstlidelser, PTSD, OCD, kroniske depresjoner og personlighetsproblemer.

Utdanningen er godkjent som 72 timer vedlikeholdskurs for psykologspesialister av Psykologforeningen.

Du søker ved å sende din CV til

MCT
INSTITUTE

mctmasterclassnorge@gmail.com
innen 31. desember 2021.

For mer informasjon, se
<https://mct-institute.no/masterclass/>

Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening på

facebook

OSLO. Ledig kontor i psykologfelleskap

Kontor til leie deltid i Rosenborggata 3 på Majorstuen i kontorfellesskap sammen med andre psykologer og psykiatere. Leien inkl. internett, kopimaskin og vask. Meget sentralt.
Kontaktinformasjon: e-post svein.haugsgjerd@gmail.com eller tlf. 909 69 989.



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Ansvarsforsikring

Norsk psykologforening har en avtale med Storebrand om en kollektiv ansvarsforsikring. Som medlem er du med i forsikringsordningen såfremt du ikke har reservert deg fra denne.

Ansvarsforsikringen for medlemmer dekker erstatningskrav fra klienter og er et supplement til Norsk pasientskadeerstatnings (NPE) dekning.

Forsikringspremien innkreves en gang per år, og du kan velge om du vil betale via avtalegiro eller på egen faktura (giro).

Du kan lese mer om forsikringsordningen på hjemmesiden
www.storebrand.no/akademikerne

Frist for å reservere seg eller si opp forsikringen er 15. oktober med virkning fra det kommende året.

Reservasjon, og bestilling, kan sendes på e-post til medlemsservice@psykologforeningen.no



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

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. november**,
frist for å bestille annonse i november-
utgaven er **18. oktober**

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



INSTITUTT FOR PSYKOTERAPI

For psykologar og legar blir det våren 2022 sett i gang:

2-årig INNFØRINGSSEMINAR i:

OSLO – seminarleiar blir Carl Fredrik Gamst

2-årig VIDAREGÅANDE SEMINAR i:

OSLO – seminarleiar blir Torbjørn Alme

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

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

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

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

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

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

Seminaravgift er kr 12 000,- pr. semester.

Søknadsfrist: 5. november 2021. Søknad skal sendast via heimesida <https://instpsyk.no/utdanning/nye-seminarer/soknad-til-seminar/>

For nærmare informasjon:

Telefon 22 58 17 70 eller e-post sekr@instpsyk.no eller und-leder@instpsyk.no



Arbeidspsykologi

Psykiske lidelser del 1: Utredning, behandling og andre tiltak

For å kunne starte på de obligatoriske kursene til spesialiteten i arbeidspsykologi må du ha fullført alle fire samlingene i Fellesprogrammet.

Psykologspesialister kan søke opptak på kursene som vedlikeholdsaktivitet. Da stilles ikke krav til praksis og veiledning. Ta kontakt på kurs@psykologforeningen.no

Målgruppe

Psykologer som ønsker å jobbe med:

- Forebygge sykefravær og frafall fra arbeidslivet
- Bidra til inntreden og tilbakeføring til arbeidslivet
- Bidra til helsefremmende arbeidsplasser

Læringsutbytte

Dette kurset vil fokusere på angst, depresjon og sammensatte plager, samt kunnskap om hvordan dette påvirker arbeidslivstilknytning.

Kunnskapen skal illustreres med eksempler på hvordan psykologen på et tidlig stadium kan kjenne igjen, diagnostisere og tilby jobbetrettet behandling til personer med ulike tilstander som nevnt over.

Det vil bli gitt eksempler på praksis der de best dokumenterte behandlingsformene og tiltakene anvendes.

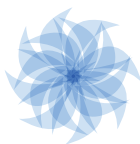
Sted og dato: Oslo, 2.-3. desember 2021

Påmeldingsfrist: 28.10.2021

Medlemspris: 7300,-

Kursnr: 522-21

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/Kurs%20og%20utdanning)



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen

Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

Tlf: 23 10 31 30



NUBU-KONFERANSEN

16. – 17. NOVEMBER 2021

HVORDAN KAN BRUKERINVOLVERING OG SAMUTVIKLING GI STØRRE NYTTE?

Brukerinvolvering og samutvikling er tema for årets NUBU-konferanse, som arrangeres digitalt den 16.-17. november.

Mer informasjon om program og påmelding finner du på www.nubukonferansen.no.

Konferansen er godkjent av Psykologforeningen som 14 timers vedlikeholdskurs for psykologspesialister.



NUBU NASJONALT UTVIKLINGSSENTER FOR BARN OG UNGE

Institutt for Psykoterapi og Norsk psykoanalytisk institutt
utlyser i samarbeid

Obligatorisk program i spesialiteten i voksenpsykologi

Ekvivalerer med Norsk psykologforenings program

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

Oppstart i januar 2022. For kursdatoer se hjemmesidene: <https://www.psykoanalyse.no/> eller <https://instpsyk.no/>

Innhold i kursene vil omhandle: utredning og diagnostisering, behandling; affektive lidelser og angstlidelser, akutte tilstander og traumer, personlighetsforstyrrelser og komplekse tilstander, alvorlige psykiske lidelser og spesialistrollen.

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

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

Søknadsfristen er **10.11.2021**.

Du søker via <https://instpsyk.no/>

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

Kursavgift annonseres senere og følger takstene til Norsk psykologforening.

Påmelding er bindende og deltakelse på alle samlingene er obligatorisk.

Samlingene gjennomføres fysisk på henholdsvis Institutt for Psykoterapi i Nydalen og Norsk psykoanalytisk institutt på Majorstua i Oslo. I tilfellet det blir innstramninger i bevegelsesfriheten grunnet Covid-19 blir samlingene gjennomført digitalt.



Valgfritt program

Neurokognitive vansker hos voksne

Målgruppe

Målgruppen for dette programmet er psykologer som har gjennomført fellesprogrammet og som arbeider med voksne.

Det forutsettes at man aktivt jobber med neurokognitive problemstillinger som en del av arbeidsoppgavene, samt selv gjennomfører utredninger av kognitive funksjoner der det er aktuelt.

Psykologspesialister kan søke opptak på kursene som vedlikeholdsaktivitet. Da stilles 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 til å identifisere neurokognitive utfordringer hos voksne.

1. samling – Grunnleggende nevropsykologi

Etter samlingen har psykologen fått økt kunnskap om:

- Neurokognisjon på et grunnleggende nivå
- Anamneseopptak – hvordan forstå skjevutvikling og hva er normalt?
- Å kunne velge relevante verktøy, som også tar hensyn til pasientens kulturelle og språklige bakgrunn
- Prinsipper/metoder for gjennomføring av forsvarlig testing (både faglig og etisk)
- Å kunne vurdere funn og implikasjoner
- Neurokognitiv fungering og psykiske symptomer ved sentrale neurologiske lidelser og tilstander
- Differensialdiagnostikk - psykisk lidelse og/ eller hjerneorganiske tilstander
- Å kunne kjenne igjen og avdekke kognitive vansker (inkl. eksekutive funksjonsvansker, hukommelsesvansker og vansker med oppmerksomhet), samt forstå betydningen for hverdagens funksjon
- Vurdering av ytelse/gyldighet av testresultater
- Tiltak ved neurokognitive vansker

Kursledere

Erik Hessen og Merete Glenne Øie

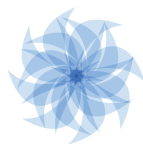
Sted og dato: Oslo 2.-3. desember 2021 (dato for 1. samling)

Påmeldingsfrist: 28. oktober 2021

Medlemspris: kr 7300 (pr samling)

Kursnr.: 145-21

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



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Visittkort

Ny selvbetjent løsning for bestilling av Visittkort med timekort.


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

Bestilles via «min side» for medlemsrabatt.




Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

CAS2 Jack A. Naglieri, J.P. DAS & Sam Goldstein:



CAS 2- andre utgave

Nå med norsk normering

Cognitive Assessment System CAS2 - en ny generasjon av evnetester.

En ny generasjon evnetester er basert på nevropsykologisk teori. CAS2 er basert på PASS-teorien, der intelligens er forstått som de grunnleggende nevropsykologiske prosessene planlegging, oppmerksomhet og simultan og suksessiv bearbeiding av informasjon. Dette er i samsvar med Alexander Lurias analyser av hjernens funksjonsområder. Flere studier fra 1970 til i dag dokumenterer at PASS er relevant for å forstå ulike typer lærevansker, og viser bl.a. relasjonen mellom diagnoser som ADHD og autismespekter-tilstander og kognitive prosesser. CAS2 er derfor et alternativ til den tradisjonelle IQ-tenkingen som flere andre evnetester er basert på. Studier av testens faktorstruktur viser at PASS-indeksene forklarer varians ut over full skala; i motsetning til indeksene i de tradisjonelle evnetestene.


Fullskala standard-skåre på CAS2 har høy korrelasjon med andre evnetester. Testen har mindre målefeil knyttet til språk og etnisitet enn evnetester som inkluderer oppgaver som måler ordforståelse og informasjon. CAS2 gir derfor en mer rettferdig testing for minoritets-språklige og gir nye muligheter for tolkning. PASS-indeksene gir den viktigste informasjonen i et CAS2-resultat, men det er også mulig å se på supplerende sammensatte skåre for eksekutive funksjoner med og uten arbeidsminne, arbeidsminne, verbalt innhold, nonverbalt innhold.

Pedverket Kompetanse, Uttrågata 12, 5700 VOSS tlf. 911 84 610
www.pedverket.no post@pedverket.no

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 eller www.psykologtidsskriftet.no, se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.
18.10, 18.11, 16.12, 19.01, 16.02, 21.03, 19.04, 19.05, 20.06, 18.07, 19.08, 19.09, 19.10, 18.11



Fagpressen
OPPLAGSKONTROLLERT

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



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

**Helse Sør-Øst RHF
søker:**



Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Askim

Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,
e-post Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no
eller telefon 62 58 55 00.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk
søknadsskjema: helse-sorost.no/ledigstilling

Søknadsfrist: 22. oktober 2021



**Helse Sør-Øst RHF
søker:**



Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Flekkefjord

Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,
e-post Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no
eller telefon 62 58 55 00.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk
søknadsskjema: helse-sorost.no/ledigstilling

Søknadsfrist: 22. oktober 2021



**Helse Sør-Øst RHF
søker:**



Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Innlandet, Moelv

Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,
e-post Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no
eller telefon 62 58 55 00.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk
søknadsskjema: helse-sorost.no/ledigstilling

Søknadsfrist: 22. oktober 2021



**Helse Sør-Øst RHF
søker:**



Ledig to 100 % avtalehjemler i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Oslo øst – bydel Grorud, Stovner eller Søndre Nordstrand

Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,
e-post Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no
eller telefon 62 58 55 00.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk
søknadsskjema: helse-sorost.no/ledigstilling

Søknadsfrist: 22. oktober 2021





Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten, region øst

Vil du være med å lede og videreutvikle et spennende tilbud for ungdom med alvorlige atferdsvansker?

Behandlingsleder TFCO Lillestrøm

100% fast stilling

TFCO er et tilbud for familier og ungdom i alderen tolv til atten år, hvor familien har kommet inn i et negativt samspillsmønster og barnet har utviklet problemer på flere områder. Familiene opplever ofte store konflikter. Ungdommen kan ha problemer med skolen, rusmisbruk og utagering.

Ungdommen bor i et behandlingshjem i 9–12 måneder. Behandlingshjemmene er vanlige hjem som både får daglig veiledning og støtte, samt ukentlig felles veiledning.

Behandlingsteamet i TFCO består av behandlingsleder, familieterapeut, individualterapeut for ungdommen, ferdighetstrener for ungdommen og behandlingshjemskonsulent. Som behandlingsleder i TFCO vil du lede arbeidet med teamet sitt behandlingstilbud. Du vil være ansvarlig for teamets arbeid, resultat og utvikling. TFCO Lillestrøm er ett av to TFCO-team i Bufetat, region øst.

Som behandlingsleder vil du rapportere til avdelingsdirektør for behandling for ungdom med atferdsvansker i Bufetat, region øst og vil inngå i dennes ledergruppe. Du vil også lede og koordinere behandlingen for ungdommer og familier i TFCO i samsvar med TFCO sine behandlingsprinsipper og praksis.

Hvem ser vi etter?

- Du må ha evne til å arbeide som en del av et behandlingsteam, ha en tydelig og samtidig fleksibel ledelse, være målrettet, systematisk, god på å integrere informasjon fra ulike instanser, og ha god skriftlig og muntlig fremstillingsevne på norsk og engelsk.
- Du må trives med å treffe krevende avgjørelser i en travel hverdag.
- En forutsetning for arbeidet er ønske om og mulighet til å kunne arbeide fleksibelt.

Hva får du hos oss?

Du vil få grundig opplæring i metoden og veiledning i det kliniske arbeidet, god faglig oppfølging og mulighet til utvikling.

Stillingen er plassert i statlig lønnsregulativ i stillingskode 1493 som leder, med lønn fra pt kr. 715 900,- pr. år til kr. 896 500,- pr. år (ltr. 75-83). Avlønning vurderes etter utdanning og erfaring. Det gis et kompensasjonstillegg for tilgjengelighet/beredskap/ubekvem arbeidstid, for tiden 25 000 pr mnd.

Du vil få mulighet til å trene inntil en time i uken i arbeidstiden og vi har et godt tverrfaglig miljø.

Opplysninger til deg som søker

Inkludering og mangfold er en styrke og gjør at vi kan løse oppgavene våre enda bedre. Derfor ønsker vi oss medarbeidere med ulike kompetanser, fagkombinasjoner, livserfaringer og perspektiver. Har du funksjonsnedsettelse, hull i CV-en eller innvandrerbakgrunn, oppfordrer vi deg som søker til å krysse av i jobbsøkerportalen.

Kontaktinformasjon

- Mette Bengtson, avdelingsdirektør Bufetat, region øst, telefon 92489019, e-post: mette.bengtson@bufetat.no
- Rebecca Ervik-Jeannin, TFCO konsulent ved NUBU, telefon 94866857, e-post: r.j.ervik-jeannin@nubu.no

Se NUBU.no eller TFCOregion.com for mer informasjon om TFCO.

Søknadsfrist 17. oktober 2021.

Se fullstendig utlysning og søk stillingen via www.jobbnorge.no (ID 210273).



Møre og Romsdal
fylkeskommune

Vi søker psykolog

til tilrettelagt tannhelsetilbod

Interessert i odontofobi? Vi har ledig fast stilling som psykolog, i TOO-teamet vårt, som gir kognitiv terapi til tortur- og overgrepsetatte og personar med odontofobi.

Arbeidsstad er Molde eller Ålesund.
Søknadsfrist 31. oktober

Les meir og søk: mrfylke.no/jobb



Psykologspesialist/psykolog

Sola DPS poliklinikk, Helse Stavanger HF

Poliklinikken har pasienter fra Sola kommune og fra 2 bydeler i Stavanger kommune. Vi består av psykologer, leger og ansatte med annen helse- eller sosialfaglig bakgrunn. Vi har også tilbudene Helse og arbeid og eMeistring inn under poliklinikken, og kollegiet totalt er på 20 personer.

Poliklinikken er en god arbeidsplass. Arbeidsmiljøet er åpent og inkluderende faglig, profesjonelt og sosialt. Samlet representerer vi bred og solid faglig kompetanse. På fritiden er vi mangfoldige, og samtalene i lunsjen kan handle om alt fra brodering til trylling. Vi har god spredning i alder, snittalder er 44 år og en fjerdedel av gruppen er menn. Vi har flexitid og hjemmekontor etter avtale. Vi ønsker oss en faglig dyktig og hyggelig kollega, da en av våre engasjerte psykologspesialister går av med pensjon. Kunne dette være noe for deg?

Se nettutgave, webcruiter og finn.no for fullstendig utlysningstekst.

Søknadsfrist **14.10.21**. Tlf.: 941 68 055



PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

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

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

MST-CAN terapeut

– psykolog/psykologspesialist

Barneverntjenesten i Bærum kommune er en av Norges største barneverntjenester med 150 ansatte, samt cirka 200 støttekontakter, besøkshjem og fosterhjem. MST-CAN, Multisystemic Therapy – Child Abuse and Neglect er en evidensbasert behandlingsmetode, og teamet i Bærum er foreløpig det eneste av sitt slag i Norge. Terapeutene jobber i hjemmet med hele familien og i dens nærmiljø og skole for å forhindre omsorgsovertagelse og plassering utenfor hjemmet.

MST-CAN teamet består av en leder/veileder, fire terapeuter og en miljøterapeut. Stillingen innebærer en unik mulighet for å jobbe med en behandlingsmodell som har vist gode resultater for familier med barn og unge utsatt for vold og alvorlig omsorgssvikt.

ARBEIDSOPPGAVER

- Terapeutisk arbeid etter MST-CANs behandlingsprinsipper og praksis
- Koordinere det faglige arbeidet i hver enkelt familie og samarbeide nært med bl.a. skole, PPT, barnevern og psykisk helsevern
- Terapeutene i teamet har selvstendig behandlingsansvar for sine familier og arbeider til tider som er tilpasset familiens behov

KVALIFIKASJONER

- Fortrinnsvis personer med bakgrunn som psykolog/psykologspesialist
- Ønskelig med videreutdanning/erfaring fra familierterapi og arbeid med barn/ungdom
- Stor arbeidskapasitet og interesse for faglig og etisk refleksjon
- Lærevillig, robust og trives med variasjon i arbeidstempo

Grundig opplæring innen MST og MST-CAN vil bli gitt.

Den som settes må ha mulighet til å kunne arbeide svært fleksibelt, og inngå i en turnus som gir tilgjengelighet 24 timer i døgnet, 7 dager i uka for familiene.

- Mer informasjon om MST-CAN finner du her: <https://www.nubu.no/metoder/MST-CAN/>
- Informasjon om NUBU finner du her: <https://www.nubu.no>

KONTAKTINFORMASJON

- Audun Formo Hay, veileder MST CAN, tlf. 941 30 075
- Mari Hagve, barnevernsjef, tlf. 482 84 842
- Dagfinn Mørkrid Thøgersen, fagdirektør NUBU, tlf. 482 32 982

SØKNADSRIST: 13.10.2021

Ansettelsesprosessen gjøres i et samarbeid mellom Bærum kommune og NUBU.

Se fullstendig utlysningstekst og søk på stillingen:

www.baerum.kommune.no og www.finn.no.



BÆRUM KOMMUNE

Helse Sør-Øst RHF søker:



Ledig to 100 % avtalehjemler i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Viken, Hønefoss

Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,
e-post Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no
eller telefon 62 58 55 00.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk
søknadsskjema: helse-sorost.no/ledigstilling

Søknadsfrist: 22. oktober 2021



Psykisk helse- og rusklinikken, Barne- og
ungdomspsykiatrisk avdeling, BUP Lofoten

Psykologspesialist/psykolog

BUP Lofoten er en poliklinisk enhet innenfor psykisk helsevern for barn og unge i Nordlandssykehuset, med dekningsområde i vakre Lofoten (Vågan, Vestvågøy, Flakstad, Moskenes). Poliklinikken har kontorsted på Lofoten sykehus på Gravdal og i Svolvær.

Vi har ledig stilling for spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi eller annen relevant spesialisering. Psykologer med relevant erfaring og påbegynt spesialisering oppfordres også til å søke på stilling.

Vi søker nå en nysgjerrig og fagorientert psykolog med relevant bakgrunn.

Vi mener å kunne tilby en attraktiv arbeidsplass i et populært boområde som innbyr til en aktiv fritid.

Nærmere opplysninger fås hos Enhetsleder Fredrik Nygård, tlf. 920 65 052

Søknadsfrist: 31. oktober 2021

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:
www.nlsh.no



Assisterende enhetsleder BUP Elverum

Sykehuset Innlandet HF – BUP Innlandet, Poliklinikk Elverum

Er du opptatt av et godt tilbud til barn og unge med psykiske lidelser? Liker du å legge til rette for engasjement og god faglig praksis for ansatte?

Vi har ledig en spesialiststilling som faglig assisterende enhetsleder ved BUP Elverum. I stillingen som faglig assisterende enhetsleder har man delebert fagansvar på enheten og inngår i enhetens lederteam. Det forventes også at man har eget pasientarbeid. Klinisk arbeid vil utgjøre opp mot halvparten av stillingens arbeid. Vi søker etter en kandidat med sterkt fagengasjement og gode ferdigheter i å jobbe med fagutvikling og kompetansebygging i enheten.

Arbeidsoppgaver

- Faglig utvikling av pasienttilbudet og fagutvikling hos ansatte
- Bistå med drøftinger i team og faglige vurderinger i krevende pasientsaker ved enheten
- Arbeid tilknyttet inntak, prioriteringer og klager
- Sammen med enhetsleder bidra til utvikling av arbeidsmiljø og medarbeideres kompetanse i tråd

med befolkningens behov, føringer og avdelingens arbeid

- Utredning og behandling av barn og unge i tverrfaglig team

Vi tilbyr

- Engasjerende og varierte arbeidsoppgaver
- Gode lønnsmessige betingelser
- Fleksibilitet i arbeidssituasjonen
- Gode muligheter for faglig videreutvikling

Kontaktinformasjon: Gry Lerbak, enhetsleder, tlf. 467 80 333 og Ola Homb, assisterende avdelings-sjef/psykologspesialist, tlf. 917 17 047.

Søknadsfrist: **31.10.2021**

For fullstendig stillingsannonse og søke på stilling se <https://sykehuset-innlandet.no/jobb> hos oss





Norsk psykologforening er en profesjonsforening for autoriserte psykologer i Norge med over 10 000 medlemmer. Som profesjonsforening ivaretar vi medlemmenes faglige og økonomiske interesser og driver en utstrakt videre- og etterutdanning. Psykologforeningen er tilsluttet Akademikerne. Sekretariatet har 46 medarbeidere og heltids president.

For snarlig tiltredelse søker vi:

SPESIALRÅDGIVER

i Generalsekretærens stab

STILLINGEN

Generalsekretæren med stab har overordnet sekretariatsansvar for en rekke av foreningens sentrale organer, blant annet Landsmøtet og Sentralstyret.

Med en stabilt økende medlemsmasse ønsker vi nå å styrke staben med en spesialrådgiver.

Koordinert og forbedret informasjon og oppfølging overfor våre lokalavdelinger, utvalg og faglige interesseforeninger, i samarbeid med generalsekretæren, vil være sentrale oppgaver for spesialrådgiveren.

Vedkommende får en bred oppgaveportefølje som omfatter organisasjonsutvikling, utredningsarbeid, saksbehandling og oppfølging.

KOMPETANSE

Vi ønsker oss en spesialrådgiver med innsikt og erfaring i fagforenings- og fagpolitisk arbeid. Vedkommende må ha god oversikt og forstå dynamikken i en frivillig organisasjon, herunder ansvarsforhold, representasjon og medlemsdemokrati.

Innsikt i, og forståelse for profesjonens egenart og arbeidsforhold er viktig for å kunne fange opp utfordringer og kommunisere løsninger.

Erfaring fra analyse- og utredningsarbeid er sentrale kvalifikasjoner, i tillegg til velutviklede presentasjons- og formidlingsferdigheter.

KRITERIER/KRAV

Søkere bør være psykolog, men andre med høyere utdanning er velkommen til å søke.

Det blir lagt vekt på:

- Erfaring fra organisasjons- eller foreningsarbeid
- God skriftlig formuleringsevne
- Gode analyseferdigheter
- Erfaring fra flere arbeidsområder
- Evne til strukturert og effektiv arbeidsform
- Evne til å jobbe selvstendig med komplekse problemstillinger
- Gode samarbeidsevner
- Serviceinnstilling

Arbeidssted er Kirkegata 2, i Oslo, i trivelige lokaler. Stillingen byr på spennende og unike oppgaver i et stimulerende fagmiljø. Vi tilbyr konkurransedyktige lønns- og pensjonsbetingelser. Noe reisevirksomhet må påregnes.

SØKNADSFRIST: 18. OKTOBER.

NÆRMERE OPPLYSNINGER VED:

Generalsekretær Ole Tunold, e-post ole@psykologforeningen.no, tlf. 23 10 31 30.

Søknad med CV sendes snarest som e-post til: stillinger@psykologforeningen.no eventuelt til:

Ole Tunold, Norsk psykologforening, Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo.

NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

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

Visepresidenter

Rune Frøyland
rfoey@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

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

Jakob Støre-Valen
984 23 805
jakob@valen.cc

Studentrepresentanter

Morten Bremnes
478 38 693
bremnesmorten@gmail.com

Julie Bjerkvik
938 93 002
juliebjerkvik@gmail.com

Varamedlem

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 Lindø
libi@siv.no
473 83 123

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

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

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

Østfold
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 Øvrebo, 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 rfoey@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 larsravnhlckers@
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 RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

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

KLIMAUTVALGET

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

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

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

MENNESKERETTIG- HETSUTVALGET

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

TESTPOLITISK UTVALG

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

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

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

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

SEKRETARIATET

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

Ida Kvittingen, nettredaktør,
e-post ida.kvittingen@
psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

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

