

PSYKOLOGI

Vol. 60 nr. 10 2023

TAKK

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

JOURNAL OF THE NORWEGIAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

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

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

Utgiver Norsk psykologforening, generalsekretær Ole Tunold

Henvendelser til redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Kronikk/debattinnlegg meninger@psykologtidsskriftet.no

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

Markedsansvarlig Unni Sandland, tidsskrift@psykologtidsskriftet.no, tlf. 23 10 31 33

Frist for bestilling av annonser 18.09, 18.10, 17.11

Denne utgaven ble godkjent til trykk 25.09.2023

Omslagsillustrasjon Christian von Schack **Form Bøk** Oslo AS **Trykk** Aksell AS

Siden 1973 har Tidsskrift for Norsk psykologforening vært en viktig plattform for norsk psykologi. Vårt mål er å være en aktuell og faglig kvalitetssikret ressurs spesifikt rettet inn mot psykologers behov for informasjon, til deres praktiske profesjonsutøvelse og behov for oppdatering. Vi henvender oss også til andre som søker kunnskaper om psykologi, inkludert brukergrupper, politikere og journalister/media. Psykologtidsskriftet ønsker å stimulere til forskning og fagutvikling og er et godkjent nivå-1-tidsskrift. I tillegg til vitenskapelige artikler finner du fagessay, reportasjer, bokanmeldelser, kronikker og debattinnlegg. Tidsskriftet skal speile psykologifagets innhold, utøvelse og plass i samfunnet. Les formålsparagrafen på www.psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams, **Psykologfaglig redaktør** Gro Walø-Syversen,

Journalist og debattredaktør Per Halvorsen, **Journalist** Matthew Prescott Oxman

Produksjonsansvarlig Veronica Bjartan, **Teknisk redaktør** Christian von Schack, **Redaktører**

Heidi Wittrup Djup, Patrick Michael Palmelund Faaland, Daniel Gunstveit, Ida Sund Morken,

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

Redaksjonsråd

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

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

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

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



Innhold

- 542 **50 år med deling**
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 544 **Gapet mellom forskning og praksis**
- 564 **Endringer hos pasienter i korttidsterapi:
En prosjektpresentasjon**
Republisert fra 1982 | Nielsen et al.
- 570 **Psykologprofesjonens historiske milepæler
1973-2023**
- 572 **Myten om det bortskjemte spebarn**
Republisert fra 1973 | Terje Hartmann &
Ellen Hartmann
- 576 **Metoder i vinden**
- 589 **Hvordan best utvide operant atferdsterapi?
Kommunikasjonsterapi som supplerende
perspektiv**
Republisert fra 1974 | Sissel Reichelt
- 598 **Egne reaksjoner som hjelper**
Republisert fra 1987 | Atle Dyregrov
- 601 **Psykologer og reinkarnasjon**
- 602 **Seksuelle grenseoverskridelser i terapirommet**
- 605 **Journalistikken i tidsskriftet**
- 606 **Spør etter journalistikk**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 612 **Også psykologer trenger kritisk journalistikk**
Kommentar | Trygve Aas Olsen
- 616 **Samfunnspsykologiens fremvekst**
- 618 **Alkomanip til avhengighet**
- 632 **Borgestadklinikken**
Republisert fra 1980 | Ole Reine
- 640 **Psykologen og utsatte grupper**
- 642 **Den rosa panteren eller en i den grå masse.
Forståelse for lesbiske i terapi**
Republisert fra 1982 | Anbjørg Ohnstad
- 650 **Psykologer som sakkyndige**
- 652 **Studentene kommer**
- 662 **Psykologer og cyberspace**
- 664 **Bjørn Christiansens minnepris**
Minneprisvinnere gjennom tidene
- 668 **Annonser**
- 673 **Stillingsannonser**

50 år med deling

Katharine Cecilia Williams
Sjefredaktør

NORSK PSYKOLOGFORENING startet eget tidsskrift i 1964 under navnet *Psykologen*. Medlemsbladet ble etablert 30 år etter at foreningen ble stiftet og den norske psykologrollen fortsatt befant seg i en tidlig utviklingsfase. Medlemsbladet skulle dekke et voksende behov for et kontaktorgan for norske psykologer på kryss og tvers av landet.

Stoffet i *PSYKOLOGEN* må den første tiden av økonomiske grunner begrenses til rent orienterende stoff overfor medlemmene. Vi håper imidlertid etter hvert å kunne utvide stoffet til å omhandle eksempelvis orienteringer om institusjoner, arbeidsområder, studiereiser, nye psykologiske hjelpemidler, aktuelle utredninger og lover, bokanmeldelser, forholdene i andre land, debatter om aktuelle problemer, utviklingstendenser innenfor psykologien osv. Derimot hadde vi ikke tenkt at *PSYKOLOGEN* skulle være det naturlige forum for rent vitenskapelige artikler og diskusjoner.

Odd Dyrborg, generalsekretær og redaktør, 1964

Etter hvert som årene gikk, utvidet bladet seg og fra 1973 ble navnet endret til *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Ellen Hartmann var redaktør da den første utgaven med ny

redaksjonell profil kom ut for femti år siden. Vi kan lese mellom linjene at initiativtakerne var spente på om psykologer ville sende inn artikler:

Som nevnt i juninummeret arbeider vi med en utvidelse av *PSYKOLOGEN*. Et ledd i dette arbeid er å gi bladet nytt navn: Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Vi håper medlemmene vil like det nye navnet, såvel som det nye innholdet, og at det vil inspirere mange til å sende bidrag. I dag skriver en del psykologer artikler som naturlig hører hjemme i et tidsskrift for psykologer, i andre foreningers blader. Antakelig har de ikke sett på *PSYKOLOGEN* som et forum for stoff av mer faglig karakter. Forhåpentligvis vil dette nå kunne rette seg.

Og det gjorde det – og vel så det.

Redaksjonen har det siste året dykket dypt ned i arkivene, som har en formidabel mengde fagstoff. Innledningsvis var målet å vise leserne noe av det store mangfoldet som er blitt presentert og behandlet i spaltene. Vi skjønte fort at det var en umulig målsetting. Til det er rikdommen for stor. Vi valgte derfor å søke etter tekster om tema som er blitt behandlet gjennomgående i perioden 1973–2023. Etter flere

runder og noen vanskelige valg, endte vi opp med fem tema som vi har kalt «Gapet mellom forskning og praksis» (side 544), «Metoder i vinden» (side 576), «Alkomani til avhengighet» (side 618) og «Studentene kommer» (side 652). I tillegg ønsket vi å vise frem journalistikken i Psykologtidsskriftet (side 605), som har en kortere historikk enn de øvrige tema.

For hvert av de fem temaene har vi oppsummert utvalgte tekster publisert på 70-, 80-, 90-, 00-, 10- og 2020-tallet. Vi har satt sammen lister over tekster vi mener vil være til glede for både gamle og nye lesere. Mange av tekstene har ikke vært tidligere tilgjengelig på nett, men finnes nå i nettvversjonen av jubileumsutgaven.

Klinisk psykologi har udiskutabelt fått mye av spalteplassen, men det er ingen mangel på tekster fra andre psykologiske fagområder. For å vise annet som er blitt delt, har vi satt sammen tidslinjene «Psykologprofesjonens historiske milepæler 1973–2023», «Seksuelle grenseoverskridelser i terapirommet», «Samfunnspsykologiens fremvekst», «Psykologer og utsatte grupper», «Psykologer og cyberspace» og «Psykologer som sakkyndige».

Vi har også produsert en podkastserie til jubileumsutgaven. Her har vi ønsket å gå litt dypere inn i spørsmål som har blitt reist i tidsskriftet gjennom årene. Målet har vært å finne en formidlingsform som kan romme mer enn en tekst.

I 1973 markerte redaksjonen et skifte som utgjør grunnstenen for det profesjonelle tidsskriftet vi har i dag. Et annet sentralt skifte var innføring av Redaktørplakaten og journalistikk fra 1998. Psykologtidsskriftet har blitt større og redaksjonen består av sju årsverk, publiserer både på papir og på nett og distribuerer blader til 11 000 mottakere. At redaksjonen i 1998 med Torkil Berge i sjefsstolen forpliktet seg til Redaktørplakaten, representerer en viktig milepæl for et fagtidsskrift som startet som et rent dugnadsprosjekt.

Tidsskrift for Norsk psykologforening anno 2023 er ganske annerledes enn hva det var i 1973. Likevel kan jeg kjenne meg igjen i den usikkerheten som redaktøren hadde i 1973. I dagen samfunn finnes en enorm tilgang på ulike typer medier og plattformer for kommunikasjon og offentlig ordskifte. Skal tidsskriftet fortsette å være en sentral arena for faglig utveksling og diskusjon for norske psykologer, kan vi ikke ta vår posisjon for gitt. Konkurransen om stemmene er ikke vår eneste utfordring. Vi må tilpasse oss den stadig utviklende, digitale medievirkeligheten. Flere redaksjoner har allerede som praksis å ta i bruk AI-teknologi, og vi ser klare tegn til at det vil påvirke også akademisk publisering i tiden fremover. Mer lokalt har psykologenes virkefelt hatt en eksplosiv utvikling og heterogeniteten er stor. Å utgi et fagtidsskrift som oppleves relevant for psykologer som ikke primært driver klinisk arbeid, er en ambisjon for oss i det videre.

Men jubileumsutgaven ser tilbake på grunnlaget som er lagt. Til deg som leser, skriver, har tenkt å skrive, har delt andres tekster, har følt deg inspirert eller blitt provosert – på vegne av Tidsskrift for Norsk psykologforening: Takk for 50 år med deling. ✖

”

... en viktig milepæl for et fagtidsskrift som startet som et rent dugnadsprosjekt

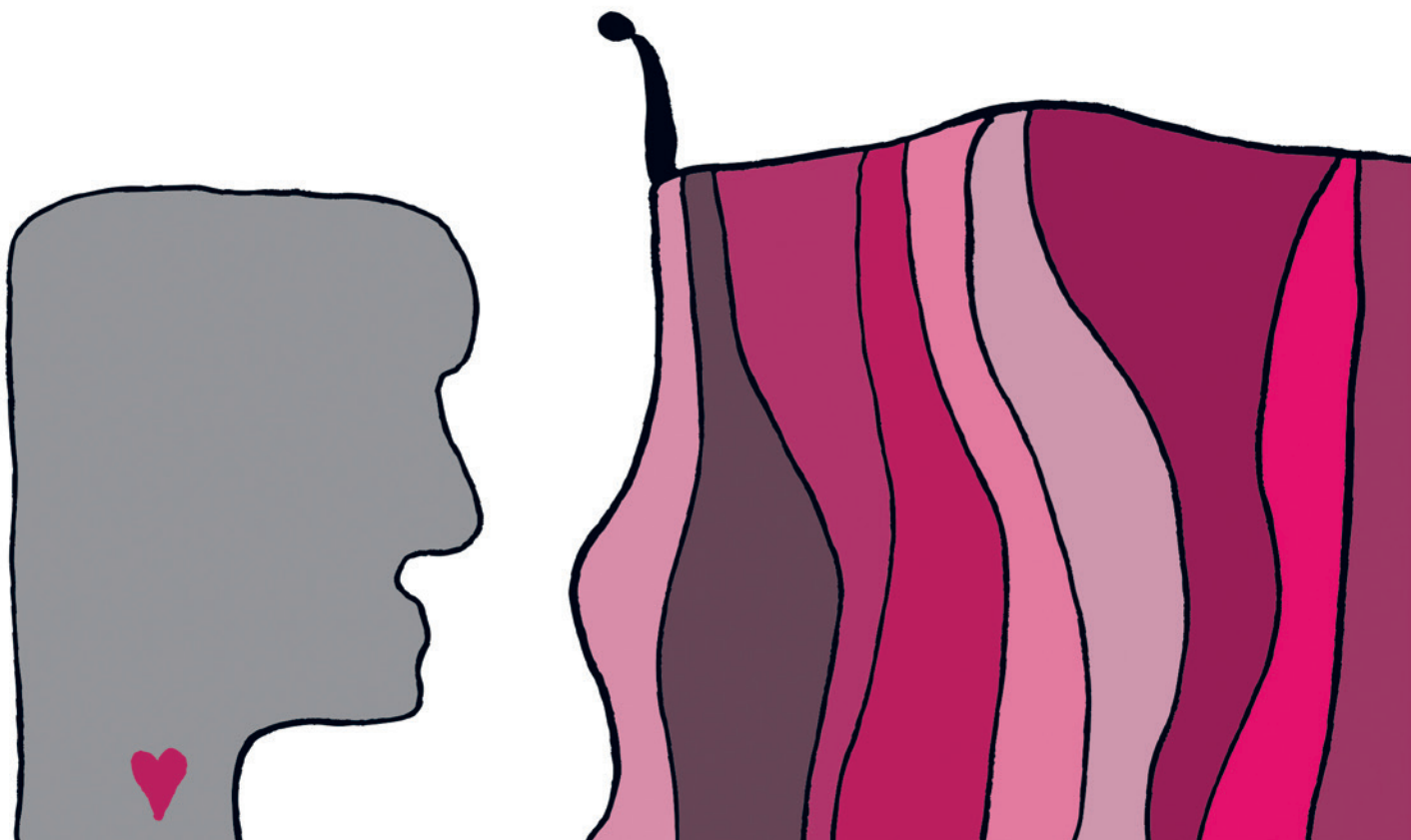


Illustrasjon: Nora Skjerdingsstad

Gapet mellom forskning og praksis

Gjennom forskning kan vi dokumentere og videreutvikle psykologiske metoder og psykologers praksis. Men hva er forholdet mellom forskning og praksis på vårt fagfelt? Det er et kjernesporsmål som har utfordret skribenter i tidsskriftet i 50 år. Har vi funnet noe svar?

ILLUSTRASJON: NORA SKJERDINGSTAD



I psykologien har man alltid vært opptatt av å drive psykologisk virke på en solid kunnskapsbasis. I tidlige faser av historien var stringente laboratorieeksperiment en dominerende metode, og ambisjonen var å etablere psykologien som en akademisk vitenskapsdisiplin. Etter hvert ekspanderte fagfeltet til å omfatte psykoterapi og etableringen av psykologi som profesjon. For en profesjon er det avgjørende at praksisen har vitenskapelig legitimitet, noe som gir en historisk kontekst til det som kalles Boulder-modellen.

På Boulder-konferansen i Colorado i 1947 vedtok den amerikanske psykologforening (APA) scientist-practitioner-modellen, som fastslår at praksis skal utføres på grunnlag av vitenskap. Vi kan trekke tråder herfra og til dagens forståelse av evidensbasert psykologisk praksis. I det norske psykologmiljøet har det vært konsensus om at praksis må være fundert på forskning. Hvilken type kunnskap som kan godtas som vitenskapelig, har imidlertid vært gjenstand for stor konflikt. Som vi skal se, var flere norske psykologforskere tidlig ute med å uttrykke bekymring for konsekvensene av en ensidig vektning av en biomedisinsk forskningsmodell, der eksperimentelle design står i en særstilling.

Publiserte tekster fra 1973–2023 viser at norske psykologer har anerkjent at samfunnet (les: de som betaler for våre tjenester) har et legitimt behov for å kunne vurdere om ressursene brukes på en god måte. Denne enigheten blant norske psykologer kan vi gjennom tiårene observere i tidsskriftets spalter på tvers av teoretiske orienteringer og skoletilhørigheter. Like stor som enigheten om at vi må dokumentere at det

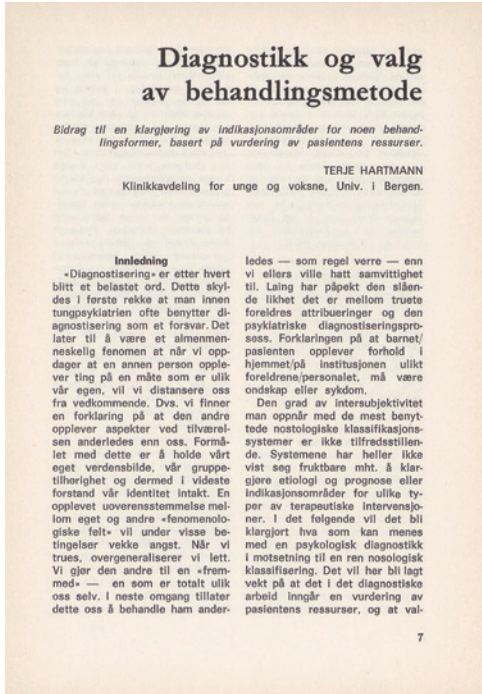
vi gjør er virksomt, er uenigheten om hvordan det bør gjøres. Som profesjon har norske psykologer et mandat til å løse bestemte problemer for samfunnet. Hvordan kan vi dokumentere at vi oppfyller mandatet på en god måte, til det beste for samfunnet?

Anno 2023 vil nok mange psykologer spontant svare at vi gjør dette gjennom å drive evidensbasert psykologisk praksis (EBPP). Samtidig vil noen psykologforskere argumentere for å skrote EBPP-tilnærmingen helt og holdent. Forvirret? Hvis ikke, vil du være blant dem som spontant kan svare ut spørsmål som:

- Hvordan relaterer de mest utbredte psykometriske testene seg til diagnosemanualen du skal bruke i klinikk?
- Hva er forbindelsen mellom deskriptiv diagnostikk (ICD-10/ICD-11) og bruken av en bestemt behandlingsmetode og behandlingsmålene du setter opp med din pasient?
- Hva er sammenhengen mellom en metode som er blitt understøttet av randomiserte, kontrollerte studier og pasienten du har foran deg?

Gjennomgangen av artikler publisert i tidsskriftet de siste fem tiårene, avdekker at det gjenstår arbeid i brobyggingen mellom forskning og praksis på vårt fagfelt. Utvalgte tekster gir et interessant innblikk i de mange og komplekse spørsmålene som er knyttet til kvalitet i psykologisk profesjonsutøvelse. I perioder har temaet utløst heftig debatt og konflikt. Det er ikke så underlig. På mange måter handler konflikten om verdivalg, politikk og vitenskapsfilosofi – spørsmål som empirien ikke kan løse for oss.

1970-TALLET: Klinikk søker forsker



TERJE HARTMANN påpeker i denne artikkelen fra 1974 at klassifikasjonssystemene ikke er fruktbart grunnlag for praksis.

Til glede for nye lesere

- Diagnostikk og valg av behandlingsmetode av Terje Hartmann (1974)
- Hvilken terapiform er den mest effektive? Om forskning på resultatene av individuell psykoterapi av Odd Runar Gulbrandsen (1979)

Les tekstene på nett:



TEKSTENE PÅ 70-TALLET vitner om at det rådet et tydelig skille mellom forskning og klinisk praksis. Forskere og «praktikere» hadde ikke større omgang med hverandre, noe som problematiseres i lederen i nummer 12 fra 1976:

«Norsk klinisk psykologi har alltid vært knyttet til forskning og universitet. Det er gjennom forskning vårt grunnlag prøves, våre metoder videreutvikles og våre resultater dokumenteres. Fortløpende forskningsvirksomhet legitimerer den kliniske psykologi som profesjon og skiller den fra kvakksalveriet. Å sørge for at klinisk psykologisk forskning pågår og holder høy vitenskapelig standard er derfor et vesentlig fagforeningsanliggende.»

Problemet var at det hadde vist seg svært vanskelig å rekruttere psykologer til forskerstillinger. I lederen slås det fast at Norsk psykologforening vil gjøre en aktiv og målrettet innsats for å rette på situasjonen, blant annet ved å gjøre forskningsaktiviteter meritterende i søknader til kliniske stillinger.

Men selv om flertallet av klinikere etter sigende ikke var så opptatte av forskning, var det flere psykologer som skrev om forholdet mellom forskning og praksis. Blant dem var Odd Runar Gulbrandsen, som i 1979 skrev artikkelen «Hvilken terapiform er den mest effektive? Om forskning på resultatene av individuell psykoterapi».

Gulbrandsen innleder med å stille spørsmålet om psykoterapi overhodet virker. Han viser til en kjent artikkel fra 1952 av Hans Jürgen Eysenck, som hevdet at det ikke fantes noe godt bevis for at tradisjonell psykoterapi med nevrotikere var bedre enn ingen terapi. Gulbrandsens kritiske gjennomgang av Eysencks forskning er interessant, ikke minst når vi i dag vet at store deler av Eysencks forskning i senere tid ble trukket tilbake på grunn av forskningsjuks (se for eksempel O'Grady, 2020). Gulbrandsen var tidlig ute med å se at det var noe muffens med Eysencks måte å bruke data på, som han beskriver som grensende «til vitenskapelig fusk». Etter å slå fast at terapi er effektivt, går Gulbrandsen videre i sin søken etter den beste tilnærmingen. Han erkjenner at atferdsterapeutisk forskning kan vise til svært gode resultater, men argumenterer for at det er brukt høyst selekterte utvalg i studiene. Gjennom det videre resonnementet i artikkelen viser Gulbrandsen at kriteriespørsmålet *ikke* kan løsrives fra verdispørsmålet – altså hva vi anser som viktig endring i terapi.

Gjennom flere tekster i de påfølgende årene fremstår dette som et sentralt spørsmål som vi stadig kommer tilbake til, og som vårt fagfelt fortsatt har til gode å enes om.

At ingen psykoterapeutisk metode er overlegen en annen, hadde vært kjent siden 1936, da Saul Rosenzweig fant at terapeuter med ulik teoretisk tilhørighet kan være like gode til å skape bedring så lenge de adresserer *noen* av problemene som til sammen utgjør lidelsen. I en senere artikkel bruker Michael H. Rønnestad (2000) et sitat fra *Alice i eventyrland* for å beskrive fenomenet. Drontefugl-karakteren (Dodo bird) erklærer sin dom etter et kappløp: «Everybody has won and all must have prizes!» I 1979 ser Gulbrandsen på dette resultatetkivalensfenomenet og trekker frem en undersøkelse (publisert i 1975) som bekrefter posisjonen gjennom en analyse av 100 komparative studier, som ikke fant holdepunkter for at en psykologisk behandling er mer effektiv enn andre. Gulbrandsen velger derfor

å presentere forskning om effektive terapiformer som bygger på undersøkelser av terapeutegenskaper, og presenterer terapeutegenskaper som har vært knyttet til «gode» og «dårlige» behandlingsutfall.

Artikkelen er et eksempel på at forskeren kan studere hvilken behandling som er effektiv, uten å basere seg på randomiserte, kontrollerte studier med ventelistekontroll. Hvilket mål som brukes i vurderinger av virksom behandling, er altså et valg.

Uansett kriterium som legges til grunn i kliniske studier av virkning, er utfordringen stadig å finne ut hvordan kunnskapen skal overføres til praksis.

Ikke alle ser forskningens nødvendighet for psykologprofesjonen. Jan Smedslund (1976) argumenterer f.eks. for at fagfeltet skal korrigere synet på forholdet mellom empiri og praksis. Han slår fast at allmenngyldige prøvbare teorier er en umulighet for klinisk psykologi. Smedslund har i etterfølgende år publisert flere artikler i tidsskriftet der han argumenter for at psykologen nedtoner oppmerksomheten på forskningsdata til fordel for et oppmerksomt og åpent fokus på den individuelle pasient.

Det er lett å være enig i at kunnskap bør bidra til å utvikle fagutførelsen, og de færreste vil være uenig med Smedslund i at pasienten må stå sentralt i psykologens arbeid. Problemet er imidlertid at psykologene fra 1973 er blitt en profesjon som har fått lisens til å løse bestemte oppgaver. Med slike rettigheter følger bestemte krav, blant annet kravet om å dokumentere at psykologisk behandling er virksom og til nytte for pasienten og samfunnet. Forskning er en nødvendig brikke her.

Psykologer må kunne dokumentere virksom behandling. Følger vi tankerekken videre, kunne vi sagt at kunnskap om hvilke pasienter som *ikke* kan forventes å ha utbytte av psykoterapi, kanskje til og med forverres av det, også er viktig å hente inn. Vi bør i så fall vite noe om indikasjoner for terapi, om pasienten kan forventes å dra nytte av psykoterapi. Diagnosesystemene som benyttes i behandlingstjenestene i dag, er ikke designet for innsamling av slik kunnskap.

Terje Hartmann (1974) er skeptisk til «nologiske klassifikasjonssystemer», som vi i dagens klinikk kjenner som ICD/DSM-systemene. Hartmann erfarer at diagnosesystemer skaper en uheldig avstand mellom terapeut

og klient: «Vi gjør den andre til en 'fremmed' – en som er totalt ulik oss selv.» Hovedpoenget i artikkelen er imidlertid at slike systemer ikke har vist «seg fruktbare mht. å klargjøre etiologi og prognose eller indikasjonsområder for ulike typer av terapeutiske intervensjoner.»

Dette er en interessant inngang til diagnostikk av psykiske lidelser. DSM-5 (2013) har kategoriseringer av nesten 300 psykiske lidelser. Dagens rådende diagnosemanualer kan altså sies å være svært inkluderende. Kritiske røster hevder at dette har ført til en problematisk medikalisering av samfunnet, der normale reaksjoner blir sykeliggjort. Kan vi hjelpe alle med alt? Deskriptive diagnosemanualer som ICD-10 er ikke konstruert for bruk til behandlingsplanlegging, og kan av den grunn bidra til et gap mellom teori og praksis i klinikk. I dag kan man spørre seg om indikasjonskriterier kunne ha vært nyttig her? For psykoanalytisk eller psykodynamisk skolerte terapeuter virker vurdering av indikasjon som grunnleggende. Men tekstene i tidsskriftet etterlater et inntrykk av at denne delen av arbeidsmetodikken ble satt under stadig økende press. Hartmann (1974) beskriver en situasjon der en stor gruppe klienter har blitt stående utenfor et behandlingstilbud fordi de ble funnet uegnet for psykoanalytisk behandling. Atskillige forsøk på å behandle nye klientgrupper med modifiserte psykoanalytiske teknikker har ikke ført til at vesentlig flere klienter har fått behandling. Ifølge Hartmann har dette resultert i «et omfattende utbud av mer eller mindre originale behandlingsformer som har vist seg nyttige, eller i alle fall innbringende, overfor et visst klientell i nordamerikansk kultur. Indikasjonsområdene for de fleste av disse teknikker er uklare, eller i det hele tatt ikke utarbeidet».

Hartmann poengterer at «Psykoanalytikerne er de som mest iherdig har forsøkt å innsirkle indikasjonsområdet for sin behandlingsform», men erkjenner at kriteriene som er blitt brukt, ikke har vært tilstrekkelige. I artikkelen beskriver han hvordan fagmiljøet har arbeidet for å utbedre dette. Med utgangspunkt i reviderte vurderingskriterier viser Hartmann hvordan indikasjonskriterier også kan brukes i vurderinger av andre behandlingstilnæringer enn psykodynamiske, som Albert Ellis' atferdsterapeutiske behandlingsmodell. Vi har imidlertid ikke funnet tekster som tyder på at andre terapitilnæringer plukket opp denne tråden.



**ODD RUNAR
GULBRANDSEN**

var tidlig ute med å se problemer ved Eysencks forskning. Foto: Anita Maria Sundbye

1980-TALLET:

Nøyaktighet teller der relevans avgjør?



ROLF MIKKEL BLAKAR mener språket strukturerer virkeligheten. Ukonsise begreper gjør klinisk teori usikker. Tron Trondal / UiO

IVERKSETTING AV PSYKOLOGLOVEN med rett til autorisasjon for personer med psykologisk embetseksamen, krevde spesifisering av kunnskapstilfang og nivå for undervisningen i studiene som skulle gi retten. Det ble utarbeidet en faglig standard som var påvirket av amerikansk psykologutdanning og scientist-practitioner-modellen (se «Studentene kommer»). Den nye profesjonsstatusen førte også til et uunngåelig krav om at psykologene måtte dokumentere at behandlingen de ga, var virksom og til nytte for samfunnet. Med dette bakteppet er det naturlig at psykologmiljøet begynner på en dedikert innsats for å styrke klinisk forskning og å finne felles grunn for forskere og klinikere.

Erik Larsen (1982) slår et slag for klinisk forskning, og skriver en artikkel hvor han drøfter «noen av de muligheter og begrensninger som ligger i den kliniske arbeidssituasjon når det gjelder å drive anvendt forskning». Han er opptatt av å tilrettelegge klinikerens praktiske arbeidssituasjon for forskningsarbeid, men gjør også en analyse av hvilke vitenskapelige standarder som bør legges til grunn. «I forhold til den kliniske hverdag og de arbeidsoppgaver og utfordringer den representerer, vil en være mer opptatt av nytteaspektet ved den kunnskap som vinnes enn av signifikansnivået. At et resultat er statistisk relevant betyr ikke at det er klinisk relevant.» Kortere sagt ser Larsen holdbarhet og reliabilitet som vitenskapelige idealer det er vanskelig for klinikerforskeren å leve opp til, i motsetning til klinisk relevans og nytte. Larsen diskuterer andre utfordringer for anvendt psykologisk forskning, som kravet til etterprøvnbarhet. For psykologer som ser hvert møte mellom terapeut og klient som unikt og idiosynkratisk, er generaliserbarhet og etterprøvnbarhet lite meningsfulle idealer i klinisk psykologisk forskning (se for eksempel Theophilakis, 1982).

Uenighet om relevante, vitenskapelige krav for psykologien kommer også til uttrykk i en utveksling mellom Odd Runar Gulbrandsen (1980) og Rolf Mikkel Blakar (1980). Gulbrand-

sen refererer til «et sentralt prosjekt innen klinisk psykologisk forskning» og henviser til Blakars forskningsprosjekt «Psykopatologi og kommunikasjon». Blakars prosjekt benyttet et eksperimentelt design (Blakars standardiserte kommunikasjonskonfliktsituasjon) og gjennomførte en systematisk variasjon av eksperimentelle betingelser. Gulbrandsen anfører at «Problemet er at vi kun har fått et teoretisk rasjonale for prosjektet, men vi vet ikke noe om hvilken fenomenologisk realitet det er for søkspersonene.» I sitt tilsvarende svar gir Blakar (1980) en grundig redegjørelse for arbeidet som er gjort, og gir uttrykk for at det sentrale diskusjonspunktet mellom ham selv og Gulbrandsen er «kriteriet for hva som er fruktbar kunnskap i klinisk psykologisk forskning».

Et spørsmål som melder seg, er om det er mulig for psykologer å enes om dette. Erik Larsen (1983) trekker historiske linjer tilbake til 1960-tallet, og mener at debatten om psykologiens vitenskapelige basis ofte blir dogmatisk. «Man har vært opptatt av å gi psykologien et enhetlig vitenskapelig grunnlag («unity of science»), eller man har vært opptatt av å fremme «det riktige» vitenskapelige syn på psykologi. Man har vært mindre opptatt av hva slags vitenskapelig tilnærming som er av betydning i forhold til hva slags fenomener man ønsker å studere.» Han problematiserer tendensen hos både positivistiske og fenomenologisk/eksistensialistisk orienterte forskere til å gi *sin* tradisjon erkjennelsesmessig eller moralsk forrang. Larsen oppfordrer til en fordomsfri debatt i fagmiljøet fordi det «vil kunne avklare hvor mye av forskningen som handler om erkjennelse og kunnskapssøken, og hvor mye av diskusjonen handler om makt og avmakt.» Det er lite som tyder på at det noen gang kom i stand en slik type utveksling i tidsskriftets spalter.

Larsen fokuserer altså på innsatsen for å få flere klinikere til å forske, for på den måten styrke fagets kunnskapsbasis. I sin tekst fokuserer ikke Larsen på samfunnets behov for kvalitetsmålinger, noe Jan Skjerve (1982) er inne

på når han skriver at «Norsk psykologforening trenger en forskningspolitikk». Skjerve understreker at psykologenes vitenskapelige grunnutdanning og forskerkompetanse er det som klarest skiller oss ut fra andre yrkesgrupper og som er viktig for legitimeringen av profesjonen. «At vi i de kommende år blir stilt overfor økende krav om å kunne dokumentere effekten av vårt arbeid og godtgjøre at vår ressursbruk er fornuftig, er det neppe noen tvil om. Kostnads- og effektivitetsanalyser kan være en farbar vei for å underbygge overfor myndighetene at det er hensiktsmessig ut fra deres perspektiv å utbygge psykologitjenester.» Hvordan dette skal gjøres, blir et diskusjonstema. Men vi legger merke til at det i tekster publisert over 50 år har rådet en enighet om at psykologene må dokumentere at psykoterapeutisk behandling er virksom og av høy kvalitet, på tvers av skole- og psyko- og psykologfaglige tradisjoner.

Her fremstår det såkalte Bergens-prosjektet, ledet av Geir Høstmark Nielsen, som pionerarbeid. I en artikkel fra 1982 presenterer forskergruppen prosjektet, som hadde til hensikt å sammenlikne effekten av to ulike former for dynamiske korttidsterapier og en integrativ korttidsterapi. Arbeidet fremstår som metodisk banebrytende og teoretisk integrerende, og vi trykker derfor artikkelen i jubileumsutgaven (se side 564). Psykologtidsskriftet publiserte en rekke artikler fra prosjektet til Nielsen og forskergruppen i Bergen på 80- og 90-tallet (Nielsen et al., 1982; Havik et al., 1982; Nielsen et al., 1987; Nielsen et al., 1988; Mølsted et al., 1989; Nielsen et al., 1989). Studien som beskrives i den første artikkelen, hadde et semikontrollert design og omfattet innsamling av testdata (Rorshach, MMPI og SCL-90). Prosjektet inkluderte også fysioterapeutisk vurdering av pasienten, på den bakgrunn at psykologiske tilstander og personlighetsmessige forhold får kroppslige uttrykk som muskulære spenningsmønstre. Forfatterne beskriver hvordan testdata på sikt muligens kan bidra til å identifisere hvilke pasienter som passer til hvilken terapiform. Med årene har det vært omdiskutert om det er mulig å finne tydelige karakteristikk ved pasienter som kan indikere hvilken terapiform som vil være best – være seg diagnoser eller andre kjennetegn (såkalt *matching*).

Det er ikke til å komme utenom at DSM- og ICD-systemene har solid fotfeste i klinisk forskning i dag. På 80-tallet var det ikke slik. Jan

H. R. Gundersen (1987) skriver at «Mange stiller seg skeptiske til nytten av diagnoser generelt og til hensiktsmessigheten av differensialdiagnostikk spesielt, fordi konsekvensene for behandling er små.» Han mener likevel at DSM III-diagnoser kan ha stor betydning for kunnskapsutvikling og faglig kommunikasjon og presenterer endringene som er gjort i den ferske DSM III-manualen, som kom i 1980. Ekskluderingen av skillet mellom nevrososer og psykoser i denne utgaven representerer kanskje et vannskille i feltet. Nå skulle diagnosemanualen være ateoretisk, som i praksis innebar at psykodynamiske konstruksjoner ble lukket ut. DSM-III var multiaksialt konstruert med Akse I til V, som indikerte alvorlighetsgrader, men dette er blitt tatt ut i senere revisjoner. Med den reviderte DSM III ble manualen utvidet til å omfatte personlighetsdiagnostikk. Gundersen ønsker dette velkommen, men uttrykker bekymring for at diagnosekriteriene ikke samsvarer med personlighetsdiagnosene fra MMPI. At psykometrisk godt utviklede tester og inventorer ikke korresponderer med kriterier i diagnosemanualer, er det overraskende få andre som har problematisert i tidsskriftet. Med utrulling av ICD-11 vil den manglende korrespondansen utgjøre en utfordring ved bruk av eksisterende utredningsverktøy. Vi ser

Til glede for nye lesere

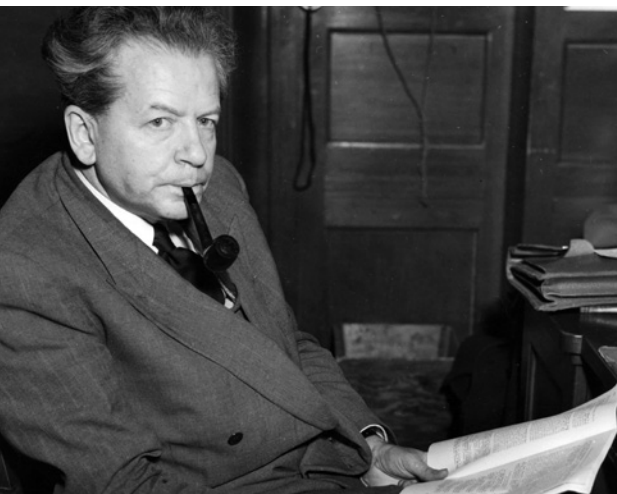
- Anvendt klinisk psykologisk forskning: Problemer og muligheter av Erik Larsen (1983)
- Terapeutiske virkninger av psykoanalytisk behandling. Noen erfaringer fra 40 års virke som psykoanalytiker av Harald Schjelderup (1984)
- En modell for fremtidens diagnostiske praksis? av Jan H.R. Gundersen (1987)

Les tekstene på nett:



at nye diagnoser dukker opp, og at kriteriene for de ulike diagnosene flyttes på eller endres i innhold og omfang. Slik kan det oppstå et gap mellom diagnosemanual og utredningsverktøy, så vel som mellom eksisterende, tilgjengelig forskningskunnskap og praksis. Kravene til psykologkompetansen i vurderinger og tolkninger mellom symptomer og diagnoser, plager og egnet behandling og mellom forskning og praksis, ser ikke ut til å bli mindre i fremtiden.

Blant artikler som behandler disse relativt tørre, akademiske temaene, er det befriende å lese Norges første professor i psykologi, Harald Schjelderup, som oppsummerer fra sine mange år som psykoanalytiker (1984). Schjelderup var som kjent opprinnelig fysiker og tok sin doktorgrad på eksperimentell psykologi. Oppsummeringen hans bærer dog lite preg av metodisk stringens av den typen som kjennetegner eksperimentet som vitenskapelig metode. Like fullt er redegjørelsen preget av systematikk, og han deler åpent om både suksesser og nederlag.



HARALD SCHJELDERUP førte logg over hvordan det gikk med pasientene etter avsluttet terapi. Foto: NTB Scanpix / spbekeil

1990-TALLET:

Gapet mellom kvalitetsmåling og kunnskapsutvikling

PSYKOLOGER ISÅ vel Norge som internasjonalt opplevde utover 90-tallet et økende ytre press om å dokumentere at psykoterapi var virksomt. Atle Jordahl (1992) viser til dokumentasjonskravet om kvalitet som stilles amerikanske psykologer fra forsikringsselskapene og konkluderer at «trolig vil kravet om kvalitetssikring av helsepersonell også nå oss i Norge».

Snart var imidlertid ikke spørsmålet om kvalitetssikring avgrenset til kartlegging av helsepersonells kompetanse og kvalifikasjoner, men inkluderte dokumentasjon av behandlingseffekter. Torkil Berge (1996) rapporterer fra den amerikanske psykologforenings Divisjon 12 (Task Force, 1993). Dette var en arbeidsgruppe bestående av psykologer, representanter fra forsikringsselskap og helsemyndigheter, som fikk i oppdrag å utvikle bedre informasjon om effekten av psykologisk behandling. Arbeidsgruppen avleverer en rapport der ordet *evidence* utgjør det sentrale fokuspunktet, og her finner vi en redegjørelse av de vitenskapelige krav en psykoterapeutisk behandling skal oppfylle for å godkjennes som empirisk understøttet. Behandlingen måtte være standardisert gjennom bruk av terapimanual, og behandlingseffekten skulle være dokumentert og bekreftet fra minst to forskningsmiljøer. I tillegg skulle egenskaper ved klientgruppen være klart spesifisert, noe som fører til at deskriptiv diagnostikk blir vanskelig å unngå i klinisk forskning deretter. På grunnlag av de nevnte kriteriene, kom arbeidsgruppen frem til en liste med 18 empirisk validerte behandlingsmetoder (*empirically validated psychotherapies*), som i all hovedsak hadde til felles at de var innrettet mot relativt avgrensede problemstillinger og hvor behandlingen hadde korte tidshorisonter. Paradoksalt nok var de fleste norske psykologer psykodynamisk orienterte på denne tiden (Høstmark Nielsen, 1999), og det er verdt å merke seg at antallet behandlingstilnærminger i bruk på et tidspunkt var over 400 (Rekve, 1990). Med andre ord ble en temmelig stor gruppe psykologer ekskludert fra det gode selskap. Arbeidsgruppens rapport utløser en opphetet debatt i de amerikanske psykologmiljøene, men APAs president fastholder at hvis ikke psykologene kan demonstrere effektiviteten av behandlingene som gis, vil andre yrkesgrupper med lavere kompetanse utgjøre hovedtilbudet for pasienter med psykiske lidelser. I USA hadde man observert at helseøkonomer betraktet psykologiske behandlinger

som enten lite effektive eller mindre effektive enn farmakologisk behandling. Slike tendenser bidro til et press mot psykologene i retning av både å dokumentere behandlingenes effekter, og psykologens unike bidrag i behandlingen av psykiske lidelser.

Vi ser klare paralleller i utviklingen i Norge i utgavene på 90-tallet. APA har gjort *evidence* til et slagord, men mange bekymrer seg for at ordets slagkraft kan fordekke det faktum at vitenskap ikke kan fungere i et vakuum eller løsrevet fra sin kontekst. Flere psykologer skriver om nettopp disse utfordringene (se for eksempel Høstmark Nielsen, 1997; Skjerve & Reichelt, 1998; Røed Hansen, 1998; Smedslund, 1998; Ekeland, 1999).

Geir Høstmark Nielsen (1997) argumenterer for at kunnskapsbasert praksis ikke bare handler om helseøkonomi, men at det like mye er et spørsmål om etikk. Han minner om at klinisk psykologi plasserer seg vitenskapelig i en flora av perspektiver og akademiske disipliner: «Hvis man ikke tar denne kjensgjerning med i betraktning, kan 'kunnskapsbasert praksis' lett bli brukt som begrunnelse for et snevert kunnskapssyn og en skummel metodeimperialisme.» Høstmark Nielsen mener at problemet ikke løses uten en åpen og gjensidig støttende og aksepterende debatt i fagmiljøene.

Året etter utgis et eget temanummer om kunnskapsbasert praksis (1998). På lederplass beskriver Torkil Berge striden om kunnskapsbasert praksis som en «god strid», fordi den handler om hva psykologer mener med kvalitet, og om hvordan kvalitet skal dokumenteres. Temanummerets tekster gir leseren et levende inntrykk av motsetningene og diskusjonene som pågikk. En serie artikler og debattinnlegg omhandlet det såkalte kvalitetssikringsprosjektet i Tromsø og implementering av standardiserte utredningsverktøy. Prosjektet møtte motstand, og hovedtrekkene fra debatten om prosjektet kan studeres i artikler i temanummeret (se for eksempel Sørgaard, 1998; Rønning et al., 1998; Skjerve & Reichelt, 1998).

Debatten handler om flere relaterte problemområder. For det første blir det diskutert hvorvidt forskning som har som formål å svare ut behovet for administrativ kvalitetskontroll, kan være nyttig for klinisk praksis. For det andre ser vi at de ulike aktørene inn- tar ulike vitenskapsfilosofiske posisjoner, forenklet beskrevet som positivisme versus feno-



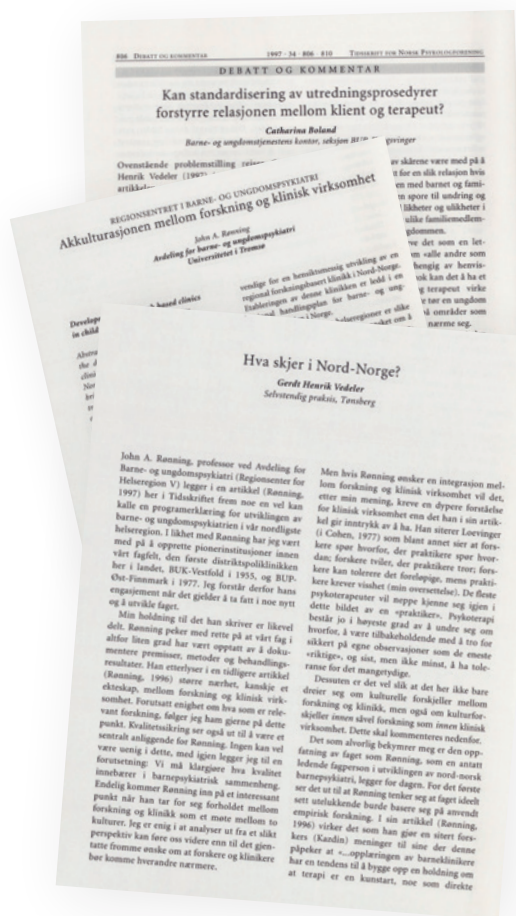
TIDLIGERE SJEFREDAKTØR Torkil Berge har beskrevet striden om kunnskapsbasert praksis som en «god strid». Foto: Fartein Rudjord

Til glede for nye lesere

- Hvilke terapier er effektive for hvilke psykiske lidelser? av Torkil Berge (1996)
- Kunnskapsbasert praksis av Geir Høstmark Nielsen (1997)
- Vitenskapelig ansvarlighet. Kvalitetssikring, vitenskapelighet og etikk av Carl Erik Grenness (1998)
- Temanummer Den gode strid. Kampen om kunnskapsbasert praksis (nr. 11, 1998)
- Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak av Tor-Johan Ekeland (1999)

Les tekstene på nett:





STANDARDISERINGSDEBATT

John A. Rønning om et kvalitets-sikringsprosjekt i Nord-Norge i 1997. Artikkelen utløser heftig debatt om rigide standardiseringsprosedyrer versus terapeutisk relasjon.

menologi. Til slutt handler diskusjonen om etikk, med psykologenes ansvarlighet overfor samfunnet de ønsker å betjene på den ene siden og psykologenes ansvar for å beskytte klientene på den andre. Carl Erik Grenness (1998) maner til ansvarstaking i sin oppsummering og analyse av debatten i «Vitenskapelig ansvarlighet. Kvalitetssikring, vitenskape-lighet og etikk». Tor-Johan Ekeland vinner minneprisen i 1999 for sin artikkel «Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumen-talistisk mistak». Grenness og Ekelands artikler er anbefalt lesning for lesere som ønsker å gjøre seg kjent med bakgrunnshistorien for det vi i dag omtaler som evidensbasert praksis.

Debatten var opphetet. Flere tiår senere blir man slått av temperaturen i diskusjonene på 90-tallet, samtidig er det tydelig at mange er opptatt av å finne måter å møte hverandre på. Generaliserbarhet er et vitenskapelig ideal som flere på den fenomenologisk/eksistensialistiske fløyen stiller seg kritisk til. Idealet er blitt forskning som gjøres på store grupper av deltagere, som skal ha til felles at de oppfyller visse (diagnose-)kriterier. Skjerve og Reichelt (1998) argumenterer for at det ikke er mulig å gene-ralisere fra gruppestudier til enkeltindivider. Samtidig fastholder de at psykologisk praksis bør være forskningsbasert, og at kunnskap fra grup-pestudier kan brukes til å danne seg hypoteser om klienter som likner dem som inngår i studiet.

Mads Rekve (1990) har observert at et av de store problemene i psykoterapiforskning knytter seg til valg av kriterier og måleinstru-menter. «En 10-punkts bedring på en depresjonsskåre for en pasient kan bety stor bedring mens for en annen bare tilsi forverret realitetstesting og derved forverring.» Fagmiljøet har ikke funnet en allment akseptert måte for måling av klinisk relevans, men Rekve foreslår en tilnærming der endring måles fra flere utgangspunkt og inneholder flere datakilder. I denne sammenhengen presenterer han en ny, kvantitativ forsknings-tilnærming han har forhåpninger til – «metaanalyse». «Denne metodo-logi går kort ut på å oppnå kvantitativ informasjon fra en samling pri-mærstudier. Dette gjøres ved å transformere resultater fra primærstudier til en felles metrikk, effektstørrelsesindeks (ES), som uttrykkes gjennom forskjellen mellom behandlet og kontrollgruppegjennomsnitt, dividert på kontrollgruppens standardavvik. Tidligere baserte man seg på opp-telling av statistisk signifikant, mens metaanalyser reflekterer størrelsen på den aktuelle endring.» Høstmark Nielsen (1999) mener også at meta-analyser åpner muligheten for mer holdbare konklusjoner enn hva som er mulig fra enkeltstudier. Han viser til diskusjonen som kom i kjølvannet av Task Force-rapporten, som blant annet la strenge vitenskapelige kri-terier til grunn for godkjente behandlinger. Metaanalyser har imidlertid kunnet gi god dokumentasjon for en bredde av ulike tilnærminger, og kan svare ut mange av de behovene som fagmiljøet og helseøkonomene har. Høstmark Nielsen er bekymret for at dersom en bestemt terapiform ikke kommer på «godkjent-listen», blir det oppfattet som at den ikke er virksom. Strengt manualiserte behandlingsformer er godt egnet til å svare ut forskningskriteriene som ble satt opp i Task Force-rapporten, mens psykodynamiske behandlingstilnærminger – som ikke kan sva- rer ut de stringent oppsatte kriteriene – blir skjøvet til siden. Høstmark Nielsen mener at systematisert erfaringskunnskap, forutsatt at grunn-laget kunnskapen bygger på er gjort eksplisitt, også må inkluderes på «godkjentlisten».

2000-TALLET: Prinsipperklæringen kommer

AT TOR-JOHAN EKELAND vant minneprisen for en artikkel som kan leses som et angrep på Task Force-rapporten, falt ikke i god jord hos alle. Knut W. Sørgaard (2000) slår fast at med dette har «den norske motstanden mot evidensbasert behandling konsolidert sin kanon.»

Psykologtidsskriftet hadde tildelt en æresbevisning til en forfatter som i den prisvinnende artikkelen hadde uttrykt et ståsted som mange tydeligvis var sterkt uenig i. Redaksjonen ville åpenbart ikke ekskludere artikler fra prisen på et slikt grunnlag, det ville være å legge svært problematiske begrensninger på den akademiske ytringsfriheten. Når Sørgaard problematiserer at sentrale begreper ikke er blitt definert, spør vi oss om tidsskriftet kan ha forsømt seg på et annet punkt. Begrepsfloraen i debatten har vært temmelig rikholdig, mens det er langt mellom klare og konsise begrepsavklaringer. Kan tidsskriftet ha undervurdert sitt ansvar når det gjelder oppfølgingen av presis, psykologfaglig språkbruk? Kan dette ha medført uklarheter og unødvendige misforståelser?

Vi skal komme nærmere tilbake til problemet med begrepsflora og klarer språkbruk. Ved inngangen av det nye årtuset er det i hvert fall klart at «evidensstriden» på ingen måte har stilnet. Sørgaard argumenterer for at hensikten med forskningsmessig evaluering til syvende og sist må være «å redusere innslaget av behandlingstilnærminger og programmer for terapeututdannelse som viser seg å være lite effektive og udokumenterte. Da kan en konsentrere kreftene om videreutvikling og en kan implementere mer lovende tilnærminger.»

Her ser vi at Sørgaard, i likhet med APA, retter søkelyset på behandlingsmetoder. Evidens, slik det ble behandlet av APAs Task force, var også spesifikt knyttet til målinger av behandlingsmetodenes effekt (*efficacy*). Siden vi fortsatt ikke har evidens for at en bestemt metode er bedre enn noen annen når det gjelder behandling av psykiske lidelser, er dette verdt å stoppe litt opp ved. Michael H. Rønnestad (2000) viser blant annet til en omfattende og etter hvert godt kjent metaanalyse av Wampold et al. (1997) som ikke fant vesentlige forskjeller i behandlings-

effekt for ulike terapitilnærminger. Her må det understrekes at tolkningen av slik forskning i stor grad avhenger av hvilket vitenskapsteoretiske ståsted man velger. I forløpet til APAs arbeidsgruppe hadde forskning innen effektforskningstradisjonen vist at enkelte behandlingsformer kan være spesielt virksomme i behandlingen av spesifikke klientgrupper. I tillegg var funnene blitt bekreftet gjennom replikasjonsstudier. Til tross for at de utgjorde en liten gruppe av eksisterende behandlingstilnærminger, ble disse behandlingsformene altså tungt vektlagt av APAs arbeidsgruppe.

APA tok med dette et valg om hvordan kvalitetsundersøkelser skal foretas, og det er viktig å huske at valget ikke var selvsagt gitt. I artikkelen om «the Dodo bird verdict» minner Michael R. Rønnestad (2000) om at effektivitetsstudier (*effectiveness*) også har lange tradisjoner innen psykoterapiforskningen. Her peker Rønnestad på en akkumulert forskning som viser at ulike terapeuter oppnår ulike resultater. Han hevder at vi har mindre behov for å forske på metoder og et større behov for å se på terapeutens bidrag.

Siri Gullestad (2001) adresserer denne tematikken når hun problematiserer tendensen til å vektlegge bedring målt ved deskriptive diagnosekriterier. Diagnostisk klassifisering gjøres på grunnlag av symptomer pasienten presenterer, som i praksis innebærer et fokus på de kjennetegn pasienten har til felles med en *gruppe*, for eksempel gruppen pasienter som oppfyller kriteriene for en panikkelidelse. Høstmark Nielsen har også stilt spørsmålstegn ved hvorvidt psykiatrisk diagnose nødvendigvis er et fruktbart grunnlag for å avgjøre hvilken terapiform den individuelle klient vil ha nytte av. Han tar utgangspunkt i diagnosekriteriene for ustabil personlighetsforstyrrelse, hvor det er listet ni spesifiserte kjennetegn, hvorav kun fem må være til stede for å bekrefte tilstanden. Dette gir til sammen 126 mulige kombinasjonsmuligheter som fanges opp av en og samme diagnose. Det følger logisk at personer som oppfyller kriteriene for diagnosen vil ha svært ulike behandlingsbehov (Nielsen, 1999). Gullestad poengterer at «Diagnostisk kategorisering er



MICHAEL H. RØNNESTAD skriver om «the Dodo bird verdict». Han vil ha forskning på terapeutegenskaper. Foto: Svein Harald Milde/ UiO



TOR-JOHAN EKELAND omtaler vitenskapelig kontroll av praksis som et «intellektuelt mistak». Foto: Ukjent



SIRI GULLESTAD reagerer på at Statens helsetilsyns behandlingsveileder i 2000 beskriver dynamisk terapi som uten dokumentert effekt. Foto: Fartein Rudjord

Til glede for nye lesere

- Psykoterapiforskning: Noen retningslinjer og betraktninger om «the Dodo bird verdict»: Everybody has won and all must have prices.» av Michael Helge Rønnestad (2000)
- Hva er evidensbasert psykoterapi? av Siri Erika Gullestad (2001)
- Evidensbasert psykologisk praksis av An-Magritt Aanonsen (2007)
- Viktig dokument om evidensbasert psykologisk praksis av Torkil Berge (2007)

Les tekstene på nett:



helt utilstrekkelig når det gjelder valg av terapeutisk fremgangsmåte.» At klinisk erfaring har vist at komorbiditet mer er en regel enn unntak ved bruk av de etablerte diagnosesystemer (for eksempel ICD-10), betrakter Gullestad som «uttrykk for gruppetenkningens fallitt». Hun slår fast at det ikke er noe galt med evidenstanke. «Det gale er at evidens er blitt knyttet til et bestemt metodeparadigme» (Gullestad, 2001).

Etter år med opprivende diskusjoner, erstatter til slutt APA i 2005 den kontroversielle Task force-rapporten fra 1995 med «Policy Statement on Evidence Based Practice in Psychology». Her fantes det ikke lenger noen liste over «godkjente» («empirically validated psychotherapies») behandlinger, og spesifikke evidenskrav er blitt erstattet med formuleringen «A sizeable body of evidence drawn from a variety of research designs and methodologies attests to the effectiveness of psychological practices.» Kvantitative forskningsdesign må likevel sies å ha fått en opphøyet plass, selv om det i forarbeidene til policyen (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, publisert i 2006) anerkjennes en bredde av ulike forskningsmetoder.

Psykologforeningen er ganske raskt ute med å følge opp APA og vedtar «Prinsipperklæringen for evidensbasert psykologisk praksis» i januar 2007, som er en oversettelse av den amerikanske policyen:

«Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) er integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål».

Vi ser at pasientens behov og verdier nå har fått en plass i kabalen. Spesifikke metodekrav er blitt erstattet med formuleringen «beste tilgjengelige forskning», som etterlater seg et visst tolkningsrom. Daværende president i Psykologforeningen understreker at «evidens må være knyttet til forskning både på metode og relasjon, og rettet både mot forhold ved terapeuten, pasienten og de kulturelle sammenhenger pasienten og dennes pårørende befinner seg i» (Aanonsen, 2007).

2010-TALLET: Den vanskelige integreringen

Like fullt heter det i den norske erklæringen at «Generelt sett skal evidens som har sin opprinnelse fra klinisk relevant forskning på psykologisk praksis, baseres på systematiske oversikter, hensiktsmessige effektstørrelser, statistisk og klinisk signifikans, og en omfattende underbyggende evidens.» Det er ikke lett å få øye på hvor kvalitativ forskning skal få innpass her, men det kan blant annet løses ved integreringen av «beste tilgjengelige» og «klinisk ekspertise».

«Klinisk ekspertise» kan ved første øyekast virke lite konkret, men prinsipperklæringen inneholder en nærmere redegjørelse (se for eksempel Rønnestad, 2008). Det er ikke alle punktene som listes opp som lar seg dokumentere like enkelt, mens andre er bedre egnet som utgangspunkt for objektiv kvalitetsevaluering. Her finner vi en mulig ulikhet mellom den norske oversettelsen og den engelskspråklige originalen, nærmere bestemt i punkt b) hvor det heter «klinisk beslutningstaking, gjennomføring av behandling og å følge med på pasientens utvikling». I den amerikanske originalen finner vi formuleringen «b) Making clinical decisions, implementing treatments, and *monitoring* patient progress». Å følge med på pasientens utvikling – og å monitorere prosess, er ikke uten videre overlappende. Det foreligger nærmere anvisninger av hvordan monitoreringen skal gjennomføres i grunnlagsdokumentene. «Monitoring of patient progress» handler her ikke minst om å tilpasse pågående, løpende behandling, som omfatter mer enn å følge med på pasientens utvikling. Kvalitetssikring ved prosessmonitorering blir behandlet i flere artikler i årene etter at prinsipperklæringen publiseres.

Det er liten tvil om at APAs nye policy, som er blitt adoptert av Norsk psykologforening, er langt mer integrerende enn hva tilfellet var for Task Force-rapporten anno 1995. Torkil Berge (2007) beskriver rapporten som «trolig et av de viktigste dokumenter som er utarbeidet for vårt fagfelt.».

Nå skulle bordet være dekket for konstruktive samtaler om kvalitetssikring av psykologfaglig arbeid.

VED Å VÆRE mer metodeinkluderende i sin fortolkning av evidens enn sin amerikanske forgjenger, burde prinsipperklæringen for EBPP danne grunnlaget for en bred tilnærming til kvalitetsevaluerende behandlingsforskning. Med stikkord «integrering», «beste tilgjengelige forskning» og «klinisk ekspertise», åpnes det en mulighet for ulike tilnærminger å finne felles grunn. Derfor hadde det vært naturlig å forvente at det ville bli publisert artikler som omhandlet klinisk ekspertise med en større vektlegging av pasientens medvirkning i behandling i årene som fulgte. Like fullt vektlegger prinsipperklæringen en positivistisk orientert vitenskapsfilosofi. Utfordringen for fagmiljøet blir å finne ut hvordan de tre stolpene (forskning, klinisk ekspertise og pasienten) skal svares ut. I årene etter at erklæringen ble vedtatt, ser vi flere tekster hvor forfatterne deler erfaringer med forsøk på en slik integrering.

Et eksempel er Andreas Høstmælingen (2010), som bruker seg selv som kasus. Han skriver om hvordan han, som psykolog i BUP, går frem for å sikre at han jobber evidensbasert. Han starter arbeidet med å gjøre et litteratursøk basert på pasienten han skal forberede behandling for. Litteratursøket gir ham en oversikt over flere manualiserte metoder for behandling av barn. Her støter han imidlertid på et problem. Disse godt dokumenterte behandlingene er nemlig heftet med lisenser og krav om tilleggsutdanning. Høstmælingen skriver at «Prinsipperklæringen vil ikke være fullt ut nyttig for klinikere så lenge det ikke er lett tilgjengelig forskning basert på hele spekteret av designer prinsipperklæringen anerkjenner som gyldig kunnskapsgrunnlag for praksis.»

Bjørk og Neumer (2010) har støttet på et liknende problem og registrerer at overvekten av tilgjengelig litteratur stammer fra efficacyforskning (i.e. RCT-studier av manualiserte behandlingsmetoder på selektive pasientpopulasjoner). I sitt innspill til gjennomføring av evidensbasert praksis fremhever de at litteratursøk på best dokumenterte behandling ikke er tilstrekkelig. De erfarer at litteratursøk



ANDREAS HØSTMÆLINGEN savner mangel på forskning fra hele spekteret av metoder. Foto: Ukjent

«vil typisk generere atskillige treff på engelskspråklige behandlingsmanualer». Forfatterne skriver at de har arbeidet med å oversette en slik manual til sitt bruk, men tror det er nødvendig med praktisk opplæring i nye metoder. «Man blir ikke høyt trenet i en metode av å lese om den.» I tillegg vil ikke en enkeltstående metode eller manual dekke all den heterogeniteten i problemene pasienter på en klinikk vil komme med, og forfatterne anser at det er begrenset hvor mange nye metoder den enkelte psykolog kan kursere i. I likhet med Høstmælingen fremhever Bjørk og Neumer kontinuerlig monitorering og evaluering som et viktig aspekt ved evidensbasert praksis, et poeng som utgjør kjernemomentet i deres artikkel.

Prosessevaluering blir altså trukket frem som en måte å utvikle klinisk ekspertise på. Asle Hoffart (2015) presenterer en litt annen innfallsvinkel i «Betydningen av intensjonale og funksjonelle forklaringer for utviklingen av klinisk ekspertise». Analysen er sammensatt og ikke mulig å beskrive med få ord. Han poengterer at bruk av forklaringsmodeller i samarbeid med pasienten, gir rom for å både bekrefte eller forkaste hypoteser. Slik kan terapeuten akkumulere erfaringer med at det finnes flere forklaringer på manifestasjonen av eksempelvis sosial angstlidelse.

Klinisk ekspertise er ellers den delen av prinsipperklæringen, nest etter pasientens kulturelle bakgrunn og ønskemål, som vies minst oppmerksomhet i fagartiklene som er publisert på 2010-tallet.

Mangel på bredde i den tilgjengelige forskningen ser altså ut til å være blant utfordringene som psykologene støter på i forbindelse med å følge opp prinsipperklæringen. Kontrollerte studier av manualiserte behandlinger utgjør mye av litteraturen. I 2018 uttrykker Henrik Berg en bekymring for at prinsipperklæringen kan ha etiske følger som ikke er åpenbare ved første øyekast. Positivistisk orientert forskning har fått rangen, noe som baserer seg på ønsket om å tilby virksomme og kostnadseffektive behandlingsformer. Forskning innen den fenomenologiske tradisjonen er blitt skjøvet til side og med det har den direkte erfaringen av den andres lidelse blitt marginalisert, fremholder han.

«Med den kompleksiteten klinisk psykologi rommer, behøves et vell av ulike intellektuelle ressurser for å evaluere den. EBPP reduserer imidlertid de tilgjengelige intellektuelle ressurser selv om det ikke fremgår klart at det egentlig noensinne var siktemålet. Det bør være praksisens egenart som avgjør hvordan praksisen reguleres, og ikke en prinsipperklæring som er utformet som et politisk styringsverktøy» (Berg, 2018).

Når APAs uttalte mål med sin policy var å sikre psykologenes plass i behandlingstjenestene, ser vi et eksempel på hvordan politiske interesser påvirker fagligheten. Berg er ikke den første som setter faglige retningslinjer i sammenheng med politikk. I 2014 skriver Per Are Løkke fagessayet «Når depresjon blir et nasjonalt problem» hvor han kritiserer det han kaller «retningslinjeideologien». Helsedirektoratet kom i 2009 med «Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten». Løkke reagerer på at ingen representanter fra det psykodynamiske fagmiljøet hadde fått delta i forarbeidene og ble da ikke gitt mulighet å fremlegge dokumentasjon for sin behandlingstilnærming. Hvis vi tar en liten kikk i forløperen til Helsedirektoratets retningslinjer, er det ikke så underlig at slik representasjon kan ha kommet til å bli betraktet som overflødig. I Statens helsetilsyns retningslinjer for behandling av stemningslidelser fra 2000, heter det nemlig at «Det finnes ikke vitenskapelig dokumen-

tasjon for effekten av langtids dynamisk psykoterapi ved depresjon. Dynamisk langtidsterapi kan derfor ikke anbefales gitt alene som førstehånds behandling ved depresjon» (2000, side 24). Statens helsetilsyn gikk også langt i å skyve psykodynamisk behandling ut på side-linjen når det i retningslinjene for angstlidelser heter at det ikke finnes «tilstrekkelig grunnlag til å anbefale psykodynamisk terapi som eneste behandling ved panikklidelser» (1999, s. 14).

Helsedirektoratets retningslinjer fra 2009 er åpnere, men gjennomgående anbefales «strukturert psykologisk behandling», som Løkke leser som en ekskludering av terapier som på grunn av sin egenart ikke lar seg forske på i samsvar med etablert «gullstandard».

Løkke mener å se «en helsebyråkratisk og faglig dreining der randomiserte og kontrollerte studier har fått definisjonsmakten over hva som regnes som evidensbasert kunnskap». Ifølge forfatteren har dette flere uheldige virkninger, blant annet en økt medikalisering og sykeliggjøring. Depresjon har gått fra å være noe som ble inkludert i beskrivelser av kliniske tilstander, til å bli en egen diagnose med symptomkriterier som en svært stor del av befolkningen oppfyller. Løkke mener å se en tendens til at «evidensbasert kunnskap og retningslinjeideologien samlet sett fører psykologien nærmere den biomedisinske sykdomsforståelsen som legger vekt på å korrigere og fjerne symptomer.» Et spørsmål som oppstår er hvorvidt behandlingstilbudet til den store gruppen med lettere depressive lidelser har kommet på bekostning av kunnskaps- og behandlingsutvikling for pasienter med alvorlig depressiv lidelse. Løkke peker på det han mener er et hull i tilgjengelig forskning, spesielt pasientgruppen med alvorlig eller kronisk depresjon. Løkkes fagessay utløser en heftig debatt som i hovedtrekk går langs de samme linjer som har pågått i diskusjonene på fagfeltet siden 70-tallet (se for eksempel Kleve, 2014; Torsteinsson, 2014; Standal, 2014).

Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon ble avpublisert av Helsedirektoratet april 2023, som følge av at «den er utdatert».



HENRIK BERG problematiserer en prinsipperklæring utformet som et politisk styringsverktøy. Foto: Privat



PER ARE LØKKE utløser debatt med sin analyse av «retningslinjeideologien». Foto: Privat

Til glede for nye lesere

- Hvordan kan prinsipperklæringen bidra til å kvalitetssikre psykologisk praksis? av Andreas Høstmælingen (2010)

Les teksten på nett:



2020-TALLET:

Tilbakemeldingssystemer og prinsipperklæringen

TOMAS FORMO

LANGKAAS viser at tilbakemeldingsverktøy kan gi feilvurderinger. Foto: Simon Grahl

PÅ 2020-TALLET HAR klinikerer et arsenal av muligheter for å monitorere pasientenes utvikling i et terapiforløp. Tilbakemeldingsverktøy og rutinemessig utfallsmåling er anbefalt av Helsedirektoratets pakkeforløp for psykisk helse og rus, og er i ustrakt bruk i flere systemer. Men bruken av verktøyene aktualiserer et klart skisma mellom psykologi som fag og profesjon, nærmere bestemt mellom akademisk kunnskap om kausalitet og klinikerens måling av behandlingsrespons i praksis.

I fagessayet «Virker det nå?» (2020a) drøfter Tomas Formo Langkaas svakhetene ved tilbakemeldingsverktøy som brukes i klinisk praksis. Han mener at de eksisterende verktøyene egentlig har svak klinisk nytteverdi og bør forbedres. I verste fall kan bruken av verktøyene føre terapeuten og terapien helt galt av sted og gi opphav til feilvurderinger av behandlingsrespons. Utgangspunktet for Langkaas er at endring i terapi *ikke* er det samme som virkning av terapi. At det skjer endringer hos en person i løpet av en gitt behandlingsperiode, kan være forårsaket av svært mange faktorer. Den eneste måten å vite sikkert om endringen er et resultat av terapien, er å sammenligne med resultatet *uten* terapi, altså en kontrollbetingelse. Naturlig nok er dette en umulighet i klinisk praksis, men Langkaas mener at klinikerer bør ha tilgang på et kunnskapsbasert sammenligningsgrunnlag om tilstandens forventede forløp *uten* behandling over en gitt tidsperiode.

Langkaas skisserer opp ulike scenarier av feilvurderinger som kan oppstå når man ikke tar hensyn til forventet forløp uten behandling for en spesifikk tilstand, f.eks. at klinikerer tolker mangel på endring som negativ virkning mens det man egentlig ser er forhindret forverring. Et annet problem med ren observasjon av endring er at vi kan komme til å feilvurdere psykologens ekspertise. Langkaas skriver: «Om vi tenker oss en svært kompetent behandler som i hovedsak arbeider med vanskelige tilstander, der effektiv behandling handler om å hindre forverring, vil denne behandleren feilaktig bli vurdert som en av de med dårligst ekspertise



dersom vi kun ser på oppnådd endring. Som kontrast kan vi tenke oss en inkompetent behandler som i hovedsak arbeider med enkle tilstander som ofte bedres av seg selv. Denne behandleren kan gjennomføre både uvirksom og skadelig behandling uten at noen fanger det opp, fordi ved å følge pasientene over lang nok tid bedres tilstandene uansett.» Langkaas slår et slag for at man i klinisk praksis vurderer det som kalles *påvirket forskjell* – pasientens endring med behandling sammenlignet med forventet forløp uten behandling i en gitt tidsperiode – som tross begrensninger er det eneste målet som kan nærme seg å si noe om virkning av terapien.

Langkaas blir imøtegått av Kristian Rognstad et al. (2020), som mener Langkaas har misforstått siden ingen har ønsket at tilbakemeldingssystemer (TMS) skal si noe om kausalitet i utgangspunktet. Langkaas (2020b) svarer at problemet er at TMS-litteraturen ser på endring for å kunne justere behandling, uten at den samtidig anerkjenner den sviktende antagelsen om virkning som ligger bak. Slik vi forstår Langkaas mener han det er urimelig å vurdere endring og justering av behandling uten å anta noe om virkning på samme tid, og det er et poeng få snakker høyt om.

Som vi har sett, har ikke Prinsipperklæringen blitt like godt mottatt av alle. På 2000-tallet sto diskusjonen om prinsipperklæringen først og fremst om problemet med den positivistiske vitenskapelige vektleggingen. Med idealet om å avdekke kausalitet gjennom forsk-

ning på strengt selekterte populasjoner, blir klinikerer overlatt til selv å finne ut av generaliserbarheten fra forskningen til behandlingen av sin individuelle pasient. I 2021 reiser Henrik Berg et nytt sentralt spørsmål knyttet til erklæringen – hvorfor i all verden har den ikke fått en revisjon? Han ber om at det nedsettes en komite som kan lage en ny og sterkere erklæring. Berg påpeker at tilsvarende erklæringer i medisinen er revidert en rekke ganger, men ikke vår. Han peker på at erklæringen i realiteten *ikke* er tredelt (forskning/ekspertise/pasienten) fordi klinisk ekspertise og pasienten karakteristikk er definert som vitenskapelige underkategorier. Det betyr at klinikerer ikke gis myndighet til å omforme vitenskapelig kunnskap til klinisk handling og at pasientens preferanser ikke er en del av modellen for beste praksis. Et relatert problem her er at intervensjoner i psykoterapi kun skal vurderes basert på effekt og ikke ut ifra som skal være målene for terapien og hva som er godt eller riktig. Med andre ord handler dette ikke så rent lite om etikk. Berg understreker at psykoterapi er en virksomhet som har en sterk etisk dimensjon, som overhodet ikke er tatt høyde for i erklæringen. Et annet problem er at erklæringen ikke nevner hva integrasjonen mellom de tre delene skal bestå i, hvem som skal foreta integrasjonen og hva denne hvem skal ha av kompetanse for å gjøre det.

Berg peker på det problematiske i å ha et evidenshierarki når den forskningen som er mest sikker om kausalitet, er den som er minst overførbart til klinisk praksis. Berg argumenterer for å forkaste evidenshierarkiet og erstatte det med grundige diskusjoner om styrker og svakheter ved ulike design for klinisk praksis. Han mener erklæringen rett og slett «svækker orienteringsevnen i den praktiske bruken av psykologisk kunnskap» og også de faglige diskusjonene som følger av den.

Oppmerksomheten på det etiske i praksis og fag opprettholdes utover 2020-tallet. I «Psykoterapiens kunnskapsgrunnlag» berører Ole Magnus Vik problemstillingen som Berg fremhever i 2021. Vik taler implisitt for en revisjon av erklæringen når han skriver at vi må utvide evidensbegrepet i EBPP-erklæringen med de nye teoretiske grunnpilarene etikk, epistemologi og fenomenologi. Disse skal ikke erstatte, men supplere det vitenskapelige og den systematiserte klinisk erfaringskompetansen. Vik er opptatt av at psykoterapi er en praksis «som er betinget av en form for moralsk kunnskap om det gode liv». Han mener at psykoterapifaget nærmest er i en erkjennelsesteoretisk krise. De vitenskapelige funnenes manglende generaliserbarhet til unike individer i terapi er ikke det eneste som fører til problemer, når man funderer psykoterapi på vitenskap. Det gjør også den etiske dimensjonen. Vitenskap kan ikke besvare de etiske problemstillingene som terapeuten møter i klinisk praksis, eller hjelpe klienten med å skape mening. Det kan heller ikke terapitekniske ferdigheter. For å beholde sin akademiske status må psykologfaget og klinikerer styrke sin førvitenskapelige kompetanse og innlemme et kunnskapsgrunnlag som inkluderer etikk.

Nok en tekst på 2020-tallet drøfter problematiske aspekter ved prinsipplerklæringen. I «Behandlingsmetoders rolle i evidensbasert psykologisk praksis» trekker Andreas Høstmælingen frem en sentral svakhet ved erklæringen; den gir klinikerer svært lite retning i valg av behandlingsmetode for et gitt problem, og sier generelt lite om hvilken betydning og rolle behandlingsmetodene skal få i konkret klinisk praksis. Høstmælingen skisserer historikken og bakgrunnen for erklæringen, som delvis ble utviklet i respons mot tenkningen om at man kan matche diagnose



FOTO: WIKIMEDIA

med en spesifikk metode. Evidensbasert psykologisk praksis gir et bredere grunnlag for god praksis, men spørsmålet om metodenes betydning er fortsatt debattert og svaret har implikasjoner for innrettingen av tjenestene. Han utforsker spørsmålet om hvordan klinikerer kan forholde seg til valg av behandlingsmetode innenfor EBPP. Han kommer til at til tross for at ulike behandlingsmetoder viser seg å fungere like godt, bør effektforskning om metodens virkning ligge til grunn før man gjør den til en del av et tjenestetilbud. Han vektlegger på samme tid at usikkerhet om virksomme elementer i psykoterapi og utfordringer tilknyttet klassifikasjon av lidelsene, fordrer at individuell tilpasning står helt sentralt i EBPP. «EBPP bør forstås som hypotesebasert utprøving av metoder sammen med pasienten», ifølge Høstmælingen.

VEIEN FREMOVER

Når vi går gjennom tekster som omhandler forholdet mellom forskning og praksis gjennom de siste 50 år, får vi et klart inntrykk av at det er gap der som ikke lar seg lukke, og som psykologer må forholde seg til kontinuerlig. Man kan også bli slått av variasjonen og bredden i bruk av begreper som brukes om evidensbasert praksis.

Blant begrepene som brukes overlappende eller synonymt, er evidensbasert kunnskap, evidensbasert metode, anvendt forskning, evalueringsforskning, effektforskning, kvalitetssikring, empirisk validerte metoder, empirisk understøttede metoder, erfaringsbasert kunnskap, evidensbasert klinisk psykologi, kvalitetssikring, manualisering, vitenskapelig ansvarlighet og evidensbasert psykoterapi. Noen helgarderer med kunnskapsbasert evi-

densbasert klinisk praksis. Harald Schjelderup brukte begrepet psyko-terapeutiske virkninger.

Vi har sett at enkelte skiller mellom evidensbasert praksis og kunnskapsbasert praksis, uten at denne presumptive ulikheten defineres eksplisitt. Geir Høstmark Nielsen (1999) bruker betegnelsen kunnskapsbasert praksis og inkluderer «all systematisert erfaringskunnskap, forutsatt at grunnlaget kunnskapen bygger på er gjort eksplisitt». Han legger en bredere og mer inkluderende definisjon til grunn. Vi ser likevel at de ulike begrepene brukes om en annen og at både kunnskapsbasert – og evidensbasert psykologisk praksis – er blitt synonymt med bruken av empirisk understøttede metoder, med henvisning til RCT-forskning. Paradoksalt nok var en slik snever forståelse nettopp det man ønsket å unngå i prinsipperklæringen.

Prinsipperklæringen bruker betegnelsen «evidensbasert psykologisk praksis» og representerer dermed den eneste vedtatte definisjonen vi har.

Uken før denne utgaven ble sendt til trykk, kom «Rapport om tematisk organisering av psykisk helsevern», utformet av et ekspertutvalg nedsatt av helseminister Ingvild Kjerkol. Bakgrunnen for dette var ikke minst Riksrevisjonens funn om ulik bruk av evidensbaserte behandlingsmetoder i tjenestene. Utover en henvisning til Riksrevisjonens undersøkelse, opptrer ordet «evidensbaserte behandlingsmetoder» null ganger i ekspertutvalgets rapport. Ordet «evidensbasert» opptrer seks ganger, men er ikke knyttet til «behandlingsmetoder». Ordet «kunnskapsbasert» opptrer 77 ganger, i hovedsak knyttet til «behandling». Kort sagt kan vi se at «evidens» er erstattet med «kunnskap» og «metoder» med «behandling». Utvalget presenterer følgende definisjon:

«Kunnskapsbasert behandling innebærer å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhenting av forskningsbasert kunnskap, klinisk erfaring og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon.»

Definisjonen fremstår ved første øyekast i samsvar med den opprinnelige tankegangen som lå bak prinsipperklæringen. Når utvalget i neste setning (pkt 2.4, s. 14) redegjør for hvordan de definerer «tematisk organisering», kjenner vi oss likevel dratt tilbake i retning av en empirisk avgrensning:

«Tematisk organisering av psykisk helsevern innebærer at helsetilbudet organiseres slik at tjenestene rettes mot en pasientgruppe som er definert ut fra alder, tilstand, behandlingsmetode eller ramme for behandling.»

Fremover vil redaksjonen følge dette temaet videre, noe vi håper mange psykologer også vil gjøre. Vår bekymring er at uklare og mangfoldige begrepsbruk kan ha medført en uheldig terskel for å delta i debatten, fordi det blir uklart hva aktørene sier når. Denne problemstillingen fremstår som særlig gjeldende i tekstene som er blitt publisert de siste 50 år om hva som er viktig og god forskning for psykologfagets utvikling videre. Tekstene forteller oss at gapet mellom forskning og praksis fortsatt gjør seg gjeldende.

Det er et bærende prinsipp i vitenskapen at den skal være falsifiserbar. Hvis vi i forskningen opererer med en apriori definisjon av hva som er et problem og hvordan problemet skal løses, vil det lukke rommet for vitenskapelig utforskning.

REFERANSER

- Berg, H. (2018). Ikke tenk, vær nyttig. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(12), 1132–1135.
- Berg, H. (2021). Psykologene trenger en ny prinsipperklæring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(2), 132–133.
- Berge, T. (1996). Hvilke terapier er effektive for hvilke psykiske lidelser? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 33(4), 339–342.
- Berge, T. (1998). Motsetningenes harmoni. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 35(11), 1053.
- Berge, T. (2007). Viktig dokument om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(9), 1094.
- Bjørk, R. F. & Neumer, S-P. (2010). Evidensbasert psykologisk praksis i praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(10), 937–941.
- Blakar, R.M. (1980). Situasjonen som variabel og kriteriet for kunnskap i klinisk psykologisk forskning: Ein kommentar til Gulbrandsen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 17(6).
- Ekeland, T.J. (1999). Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 36(11), 1036–1047.
- Ekern, S.F. (1976). Klinisk psykologisk forskning og profesjonalisering. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 13(12), 1.
- Grenness, C. E. (1998). Vitenskapelig ansvarlighet. Kvalitetssikring, vitenskapelighet og etikk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 35(11), 1082–1089.
- Gulbrandsen, O.R. (1979). Hvilken terapiform er den mest effektive? Om forskning på resultatene av individuell psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 16(3), 76–87.
- Gulbrandsen, O.R. (1980). En vurdering av Blakars forskningsprosjekt: Psykopatologi og kommunikasjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 17(1).
- Gullestad, S. E. (2001). Hva er evidensbasert psykoterapi? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 38(10), 942–951.
- Gundersen, J.H.R. (1987). DSM II – En modell for fremtidens diagnostiske praksis? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 24(5), 300–309.
- Hansen, B. R. (1998). Child psychotherapy research beyond effect studies. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 35(11), 1075–1081.
- Hartmann, T. (1974). Diagnostikk og valg av behandlingsmetode. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 11(9), 7–16.
- Havik, O., Barth, K., Haver, B., Mølsted, E., Nielsen, G., Rogge, H. & Skåtun, M. (1982). Psykologiske testkarakteristika hos tre kategorier korttidspasienter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 19(11), 535–541.
- Hoffart, A. (2015). Betydningen av intensjonale og funksjonelle forklaringer for utvikling av klinisk ekspertise. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(12), 1056–1065.
- Høstmark, G.N. (1997). Kunnskapsbasert praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 34(10), 857–858.
- Høstmælingen, A. (2010). Hvordan kan prinsipperklæringen bidra til å kvalitetssikre psykologisk praksis? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(10), 930–936.
- Høstmælingen, A. (2022). Behandlingsmetoders rolle i evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(3), 142–150.
- Jordahl, A. (1992). Kan psykologer kvalitetssikres? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 29(12), 1162.
- Kleve, L. (2014). Intellektuell akrobatikk om retningslinjer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(4), 322–323.
- Langkaas, T.F. (2020a). Virker det nå? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(9), 666–672.
- Langkaas, T.F. (2020b). Endring er feil fokus for tilbakemelding. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(11), 844–845.
- Larsen, E. (1982). Synspunkter på anvendt klinisk psykologisk forskning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 19(10), 473–483.
- Larsen, E. (1983). Anvendt klinisk psykologisk forskning: Problemer og muligheter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 20(6), 324–330.
- Løkke, P.A. (2014). Når depresjon blir et nasjonalt problem. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(2), 122–131.
- Mølsted, E., Nielsen, G., Barth, K., Haver, B., Havik, O.E., Rogge, H. & Skåtun, M. (1989). Kroppsforhold hos pasienter i psykoterapi. Fysioterapeutens bidrag til Bergen-prosjektet om korttids dynamisk psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 26(2), 73–79.
- Nielsen, G., Barth, K., Haver, B., Havik, O.E., Mølsted, E., Rogge, H. & Skåtun, M. (1987). Forandringer etter korttids dynamisk psykoterapi: Resultater fra Bergens-prosjektet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 24(11), 683–697.
- Nielsen, G., Barth, K., Haver, B., Havik, O.E., Mølsted, E., Rogge, H. & Skåtun, M. (1988). Oppfølgingsstudier av psykoterapipasienter. Metodologiske betraktninger og noen erfaringer fra Bergen-prosjektet om korttids dynamisk psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 25(2), 75–84.
- Nielsen, G., Barth, K., Haver, B., Havik, O.E., Mølsted, E., Rogge, H. & Skåtun, M. (1988). Forløpet etter korttids dynamisk psykoterapi: Er bedring varig? En oppfølging av pasienter i Bergen-prosjektet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 25(3), 147–154.
- Nielsen, G., Barth, K., Havik, O., Mølsted, E., Rogge, H. & Skåtun, M. (1982). Endringer hos pasienter i korttids terapi: En prosjektpresentasjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 19(7), 359–364.
- Nielsen, G., Havik, O.E., Barth, K., Haver, B., Mølsted, E., Rogge, H. & Skåtun, M. (1989). Testkorrelater til bedring i korttids dynamisk psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 26(3), 156–164.
- Nielsen, G.H. (1999). Psykoterapi som kunnskapsbasert praksis. Utfordringer og dilemmaer ved årtusenskiftet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 36(5), 436–446.
- O'Grady, C. (2020, 15. juli). *Misconduct allegations push psychology hero off his pedestal*. (u.å.). Hentet 18. september 2023, fra <https://www.science.org/content/article/misconduct-allegations-push-psychology-hero-his-pedestal>
- Prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis. (2007). *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(9), 1127–1128.
- Rekve, M. (1990). Et blikk på problemer knyttet til måling innen evalueringsforskning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 27(10), 729–736.
- Rognstad, K., Rolfsjord, C.S., Meltzer, A., Neumer, S. & Kjølbi, J. (2020). Psykologene trenger hjelp. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(10), 776–777.
- Rønnestad, M.C. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(4), 444–454.

- Rønnestad, M.H. (2000). *Psykoterapiforskning: Noen retningslinjer og betraktninger om «the Dodo bird verdict»: Everybody has won and all must have prizes.» Tidsskrift for Norsk psykologforening, 37(11), 1003–1016.*
- Rønning, J.A., Mørch, W-T. & Ulvund, S.E. (1998). Utfordringer i utvikling av kunnskapsbasert evidensbasert klinisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 35(11), 1068–1074.*
- Schjelderup, H. (1984). Terapeutiske virkninger av psykoanalytisk behandling. Noen erfaringer fra 40 års virke som psykoanalytiker. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 21(11), 557–662.*
- Skjerve, J. (1982). Norsk psykologforening trenger en forskningspolitikk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 19(10), 484–487.*
- Skjerve, J. & Reichelt, S. (1998). Kvalitetssikring, regelstyring og profesjonalitet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 35(11), 1059–1067.*
- Smedslund, J. (1976). Forholdet mellom teori og empiri i psykologien. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 13(7), 2–10.*
- Smedslund, J. (1998). Hvorfor klinisk forskning og praksis ikke går hånd i hånd. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 35(11), 1090–1095.*
- Standal, K. (2014). Hvor ligger hunden begravet? *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 51(7), side 585.*
- Statens helsetilsyn. (1999). Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Utredningsserie 4–99. Helsetilsynet.no.
- Statens helsetilsyn. (2000). Stemningslidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Utredningsserie 3–2000. Helsetilsynet.no.
- Sørgaard, K.W. (2000). Evidensbasert kunnskap og konsekvenser for klinisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 37(10), 932–936.*
- Theophilakis, M. (1982). Klinikerens forskning: Et valg mellom innsamling av framtid eller vurdering av fortid? *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 19(8), 394–399.*
- Torsteinsson, V. W. (2014). Polarisert debatt om retningslinjer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 51(6).*
- Vik, O.M. (2022). Psykoterapiens kunnskapsgrunnlag. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 59(8), 734–739.*
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, «all must have prizes.» *Psychological Bulletin, 122(3), 203–215.*
- Aanonsen, A-M. (2007). Evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 44(6), 802.*

Endringer hos pasienter i korttidsterapi: En prosjektpresentasjon¹

TEKST: Geir Nielsen, Karin Barth, Brit Haver, Odd Havik, Ester Mølstad, Henrik Rogge, Marit Skåtun

MERKNAD: Denne teksten ble først publisert i TnPF nr. 7, 1982, og omfattes ikke av åpen tilgang-lisens.

CHANGES IN PATIENTS RECEIVING PSYCHOTHERAPY OF SHORT DURATION: PRESENTATION OF AN EVALUATION STUDY.

Abstract. - This is the first presentation of a study initiated in late fall 1979. The main purpose of the study is to systematically assess and describe changes in patients that receive psychotherapy of short duration. Three different forms of brief psychotherapy are included: «Short-term anxiety provoking psychotherapy (STAPP)» (Sifneos, 1972), «Brief psychotherapy (BP)» (Malan, 1963), and an active, eclectic form of therapy, in this study called the FIAT-model.

Initially all patients go through a comprehensive clinical interview, whereby each individual's ego-strength and motivation for change are systematically evaluated. Depending on their ego-strength and motivation scores, patients are assigned to one of the three treatment conditions. High scorers are treated according to the STAPP-approach, low scores according to the FIAT-model, and medium scorers according to Malan's BP.

Change measures are administrated at the end of therapy, and at follow-ups one and two years after termination. Evaluation follows the outline and criteria suggested by Sifneos (1972). Supplementary change measures include the Rorschach, the MMPI, and a symptom checklist (SCL-90). Changes in muscular-respiratory functions are also assessed. 40 patients participate in the study.

Prosjektet som skal omtales ble påbegynt høsten 1979. Dets hovedformål er å kartlegge virkninger av korttidspsykoterapi på en systematisk måte. Prosjektgruppen består av fire psykiatere, to psykologer og en fysioterapeut. I prosjektet inngår tre ulike former for kort tidsterapi. Hver av dem vil bli nærmere beskrevet. Hvilken terapiform som tilbys den enkelte pasient blir avgjort på grunnlag av et inngående diagnostisk intervju. Enhver pasient som mottas for diagnostisk evaluering blir gitt tilbud om behandling. Ingen blir mao. avvist som uegnet for psykoterapi som sådan. Alle pasientene i prosjektet blir undersøkt og evaluert fire ganger: før behandling («base line»), ved behandlingsslutt (terminering), ett år etter behandlingsslutt og to år etter behandlingsslutt. I evalueringsarbeidet benytter vi et semistrukturert klinisk intervju, et psykologisk testbatteri og en metode for kropps og muskeldiagnostikk. Sistnevnte undersøkelse er det fysioterapeuten som står for. Samtlige pasienter gjennomgår alle undersøkelsesmetodene, men komplett psykologisk testbatteri administrerer vi kun initialt og ved 2-års oppfølgingen. Det samme gjelder for den fysioterapeutiske undersøkelsen.

Psykiatere arbeider primært ut fra Sifneos' (1972) terapimodell, kalt «Short-term anxiety provoking psychotherapy» (STAPP).² Denne terapiformen egner seg bare for pasienter med særlig gode ego-ressurser («jeg-styrke») og høy behandlingsmotivasjon. Pasienter som

1 Innlegg ved den XX Nordiske Psykiaterkongress, Bergen, 16.-19. juni 1982.

2 Psykiatergruppens arbeid har vært klinisk og forskningsmessig veiledet av dosent dr.med. Astrid Nøklebye Heiberg.

ikke oppfyller disse kriteriene tilbys enten korttids dynamisk psykoterapi ad modum Malans (1963) «Brief psychotherapy» (BP) eller elektisk, aktiv psykoterapi (i prosjektet kalt FIAT-modellen). Den sistnevnte terapiformen er det psykologene som representerer. Fysio terapeuten deltar ikke i prosjektets behandlingsdel.

Hovedproblemstillingene som vi ønsker å få belyst er følgende:

- 1) Vil de tre terapigruppene vise ulik *grad* av endring/bedring?
- 2) Vil man finne forskjellige *typer* av endring hos de tre gruppene (f.eks. grunnleggende personlighetsendringer vs. symptomforandringer)?
- 3) Vil gruppene vise forskjellig *forløp* mht. utvikling etter avsluttet behandling?
- 4) Hvilke evalueringsmetoder/instrumenter (eller kombinasjoner av dem) gir de mest nøyaktige forutsigelser mht. behandlingsutfall?

Vi forventer å kunne avslutte prosjektet ved årsskiftet 1984/85. Det vil da inkludere oppfølgingsdata for ca. 40 pasienter.

Terapiformene

De tre terapiformene som benyttes har både likheter og forskjeller. Felles for alle tre er at de bygger på en dynamisk forståelse av psykopatologi og symptomutvikling. Likeledes betoner alle tre formene betydningen av pasient/terapeut forholdet. For STAPP- og BP modellen innebærer det en særlig sterk fokusering på overføringsreaksjoner, mens man i FIAT-modellen er mer opptatt av den reelle relasjon og av pasientens mellommenneske like forhold i sin alminnelighet. Andre viktige forskjeller og likheter mellom modellene fremgår forhåpentligvis av det følgende.

STAPP-modellen er som tidligere nevnt utviklet av Peter Sifneos og hans medarbeidere ved Beth Israel hospitalet i Boston. Modellen, som er inngående beskrevet i flere av Sifneos' arbeider (e.g. Sifneos, 1972 og 1979), bygger i det vesentlige på tradisjonelle psykoanalytiske prinsipper og teknikker, men er som korttidsterapier flest mer aktiv og fokusert. STAPP-terapeuten fokuserer primært på kjernekonflikter av ødipal karakter. Et fremtredende trekk ved metoden er at pasientens angst blir aktivt

utnyttet som terapeutisk drivkraft. Sifneos påpeker nødvendigheten av at det utvikles en positiv overføring for at terapeutene skal kunne gjennomføre sin angst provoserende teknikk og for at pasienten skal kunne lykkes med problemløsning. Angsten søkes mobilisert gjennom systematisk pågang (klargjøring, påpeking, fortolkning, o.l.) i forhold til pasientens avverger og ødipale konflikter. Derved provoseres det frem en krise i overføringsforholdet. Med terapeuten hjelp mobiliserer krisen i sin tur pasientens problem løsningsressurser. Dette gir grunnlag for korrigerende emosjonelle opplevelser og viktig terapeutisk læring.

Det sier nærmest seg selv at psykoterapi etter STAPP-modellen stiller store krav til pasientens ego. Modellen forutsetter derfor en klar indikasjonsstilling og systematisk pasient seleksjon. I indikasjonsstillingen legges bl.a. vekt på at pasienten kan presentere en forholdsvis avgrenset hovedplage, at han/hun i sin samhandling med undersøkeren viser evne til å kunne fungere i et gjensidig «gi-og-ta» forhold, at det i anamnesen ikke finnes holdninger som for tidlige objekt tap av betydning, at pasienten viser ønske om å forstå sine plager som psykologisk betinget og at han/hun er motivert for forandring, snarere enn bare symptomlette. Terapiens mål er mao. å bevirke varige forandringer av personlighetsmessige og predisponerende forhold hos pasienten. Rent teknisk legger STAPP-terapeuten stor vekt på å unngå å gratifisere pasientens avhengighetsbehov. Dette tilstrebes bl.a. gjennom fortløpende påpekninger av emosjonelle reaksjoner i overføringssituasjonen. Varigheten av en typisk STAPP-terapi er 15–20 timer.

Malans (1963, 1976) «Brief psychotherapy» (BP) er i mange henseender nokså lik STAPP, men stiller ikke så store krav til pasientens egoressurser. Således egner denne terapiform seg også for pasienter med noe mer diffuse plager og med større innslag av avhengighets- og karakterproblematikk. BP-modellen betoner heller ikke så sterkt at det må foreligge en ødipal komponent i problemutformingen. Også andre temaer kan tjene som fokus. Den vesentligste indikasjons-/seleksjonskriterium er at terapeuten ser seg i stand til å formulere en «essensiell» psykodynamisk hypotese (psykodynamisk minimumshypotese) som kan forklare de aktuelle plager og symptomer. For øvrig legges også her vekt på behandlings mot-



GEIR HØSTMARK NIELSEN har forfattet en rekke tekster i *Psykologtidsskriftet* fra 1973. I denne artikkelen fra 1982, presenterer han og forskergruppen pionerarbeidet «Bergens-prosjektet». Foto: Kim E. Andreassen

ivasjon, dvs. pasientens villighet til å arbeide innenfor en psykotераapeutisk ramme basert på fortolkning, snarere enn bare å ha et ønske om symptomlette.

I PB benytter terapeuten partielle overføringsfortolkninger allerede i terapiens innledningsfase. Når pasientens assosiasjoner beveger seg henimot det fokus man er blitt enige om å arbeide med, er terapeuten oppmuntrende og positivt forsterkende. Når tanke- og fantasi produksjonen omgår eller beveger seg bort fra fokus, reagerer terapeuten med såkalt «selektiv neglisjering». Pasientens følelser i forhold til det å avslutte terapien blir hele tiden nøye observert og fortolket, og ideelt sett skal gjenarbeidingsfasen begrenses til det fokale problem. Dvs. at nye problemområder som måtte dukke opp unngås (så langt det er forsvarlig). Som øvre tidsramme for BP regnes vanligvis 40 timer.

'FIAT-modellen' er i prosjektet brukt som betegnelse på en psykotераapeutisk tilnæringsmåte som over en del år har utviklet seg ved Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen. Teoretisk er modellen inspirert modellen. Den fremhever for det ene betydningen av å forstå psykopatologi kontekstuell, dvs. i lys av mellommenneskelige relasjoner. Dessuten betoner den selve forholdet mellom pasient og terapeut som den sentrale og bærende terapeutiske ingrediens. A'en står for *aktivitet*. Mer spesifikt betyr det at man i denne modellen oppmuntrer til flere og mer varierte aktiviteter enn hva som er vanlig i dynamisk psykotераapi. For terapeuten vedkommende innebærer dette bl.a. at han/hun gjør bruk av teknikker som går ut over de tradisjonelt analytiske - og som kan ha sitt utspring i varierende teoretiske systemer. Således kan man godt si at FIAT-modellen, hva teknikk bruk angår, er utpreget eklektisk. I dette hen seendet har den mye til felles med f.eks. Wolbergs (1965) korttidspsykotераapi. For pasienten innebærer aktivitetskomponenten at han/hun i tildels stor utstrekning gis oppgaver eller øvelser å utføre mellom timene. T'en, akro nymets siste bokstav, kan leses som *teleolo gisk*. I dette ligger en poengtering av mål aspektet i menneskelig handling og samhandling. Terapeuten har sin oppmerksomhet rettet mot pasientens (oftest ubevisste) hensikter, mål og livsvalg. Det aktive valg nyttes også som et terapeutisk virkemiddel (kfr. Greenwald, 1981).

Til forskjell fra både STAPP og BP forutsetter FIAT-modellen ingen snever pasientseleksjon. Dette betyr at også pasienter uten spesielt godt utviklede ego-ressurser eller behandlingsmotivasjon (i betydningen ønske om «dypere» forandring) blir antatt å kunne profitere på behandling etter denne modellen av den terapeutiske tenkning i en tradisjon som kan sies å gå fra Alfred Adler, via Karen Horney og Harry Stack Sullivan og frem til kommunikasjonsorienterte terapeuter som Jürgen Ruesch, Jay Haley, John Weakland, m.fl. En mer omfattende fremstilling av modellen er under utarbeidelse (Nielsen og Havik, 1982). I denne forbindelse må vi begrense oss til en mer stikkordpreget karakteristikk.

FIAT er i vår sammenheng et akronym som henspiller på modellens hovedkjenne-tegn. F'en markerer *fleksibilitet*, en fleksibilitet som gjør seg gjeldende både med hensyn til fokus valg og med hensyn til teknikk-anvendelse. I'en peker på det *interpersonlige* moment i

Grunnen til at man gjennom FIAT-modellen er mindre avhengig av pasientseleksjon ligger først og fremst i dens uttalte fleksibilitet hva angår valg av terapeutisk fokus og teknikk bruk. Mens man i de to andre modellene alltid vil velge et psykodynamisk fokus - i STAPP ytterligere begrenset til ødipalkonflikter - gir FIAT-modellen terapeuten anledning til å definere fokus endatil på rent symptomnivå og å gjøre bruk av teknikker for direkte symptomreduksjon.

Som STAPP og BP forutsetter også FIAT-modellen en grundig kartlegging av pasienten og hans/hennes problemer. Kartleggingen er imidlertid ikke innrettet mot seleksjon, men er primært en funksjonell diagnostisk vurdering som skal omsettes i en terapeutisk plan for den enkelte pasient.

Varigheten av behandlingsopplegg etter FIAT-modellen ligger i de fleste tilfeller innenfor en ramme på 20 timer.

KARTLEGGINGS- OG EVALUERINGSINSTRUMENTER

Det primære evalueringsinstrumentet er et semi strukturert anamnestic intervju. Gjennom intervjuet forsøker vi å få en klar og mest mulig oppfatning av pasientens plager og problemer, hans karakteristiske måter å håndtere dem på, vedkommendes forhold til betydningsfulle andre, grad av selvforståelse, behandlings

motivasjon, foruten særlige påkjenninger som måtte være til stede i pasientens aktuelle livssituasjon. Et forholdsvis utførlig bilde av innhold og struktur i evalueringsintervjuet kan man finne hos Sifneos (1979).

Ideelt bør man på grunnlag av intervjuet ha sikret seg nok informasjon til å kunne formulere hva som hos hver pasient utgjør den «spesifikke, interne predisposisjon» (SIP) (kfr. Malan, 1963). Det vil si at SIP blir en sammenbindende minimumshypotese av psykodynamisk art for forklaring av pasientens ulike plager og symptomer.

I det psykologiske testbatteriet inngår Rorschachs blekkplattmetode, «Minnesota Mul tiphasic Personality Inventory» (MMPI) og

«Symptom Checklist 90» (SCL-90). De to først nevnte instrumentene antas alminnelig kjent. Med hensyn til SCL-90 kan kort nevnes at det dreier seg om en symptomliste, der pasienten blir bedt om å angi hvilke av 90 nærmere angitte symptomer han/hun er plaget av og i hvilken grad plagene forekommer. Skalaens 90 ledd er videre gruppert i subskalaer (f.eks. somatisering, angst, depresjon, mellompersonlig overfølsomhet). I tillegg til den samlede symptombelastningsindeks, gis derved også grunnlag for oppstilling av en symptomprofil. De fleste pasienter bruker ca. 15 minutter på å fullføre testen. For nærmere detaljer vises til Derogatis et al. (1973).

Den fysioterapeutiske undersøkelsen har som formål å gi et bilde av pasientens spenningsmønstre, muskulære avvergestrukturer og kroppslige vitalitet. Fysioterapeuten som utfører undersøkelsen har sin bakgrunn i psykiatrisk fysioterapi.

I initialundersøkelsen og ved 2-års oppfølgingen gjennomgår pasienten alle fem undersøkelsesmetodene. Ved terapiavslutning og ved 1-års oppfølging benyttes kun intervju, MMPI og SCL-90.

DEN PRAKTISKE GJENNOMFØRING

Pasientene blir henvist fra ulike instanser. Noen kommer fra almenpraktiserende leger, andre fra psykiater eller psykolog. En del er selvhenviste. Alder på de pasienter som til nå er mottatt varierer fra ca. 20 til ca. 40 år. Det er noen flere kvinner enn menn i utvalget. Den aller første kontakt med pasienten arter seg som en kort, nærmest administrativ, orientering om rammene vi arbeider innenfor. Pa-

sienten får også med seg en mer detaljert skriftlig informasjon om opplegget. Dersom han/hun på bakgrunn av disse opplysningene ønsker å ta imot tilbud om psykoterapi, forløper det videre arbeid som skissert nedenfor. Til nå har kun en person takket nei etter å ha blitt informert om betingelsene. Til sammen ligning er det 30 pasienter som har tatt imot tilbudet.

Første trinn består i at pasienten møter til evalueringsintervju i psykiatergruppen. Ordiært er alle fire psykiaterne til stede i intervju situasjonen, men bare en av dem forestår selve intervjuet. Etter at intervjuet er avsluttet, får pasienten oppgitt tidspunkt for undersøkelse hos henholdsvis psykolog og fysioterapeut. Pasienten får videre opplyst at hans/hennes psykoterapeut enten vil være en av psykiaterne eller en av psykologene, at de to yrkesgruppene arbeider etter litt forskjellige prinsipper, og at beslutning om hvilken metode som vil passe best for akkurat ham eller henne blir tatt på grunnlag av det nettopp gjennomgåtte intervju. Bare i tilfeller der de psykologiske testresultatene eller fysioterapeutens funn gir klare kontraindikasjoner forandrer man på den terapiform som er anbefalt på grunnlag av intervjuet. Slik forandring har funnet sted i to tilfeller. Ved begge anledninger tydet Rorschach- og MMPI-resultatene på at pasientens ego-ressurser var blitt betyde lig overvurdert.

For avslutningsevaluering møter pasienten til et nytt intervju i psykiatergruppen. Testmateriale for MMPI og SCL-90, som begge er selvadministrerende metoder, utdeles sammen med ferdig adressert og frankert svarkonvolutt.

Den samme prosedyren blir fulgt ved 1-års oppfølgingen.

Ved 2-års oppfølgingen gjennomgår pasienten samme opplegg som for initialvurderingen. Gjennomføringen av opplegget har stort sett forløpt etter planen. Bare i et par tilfeller har ordinær oppfølgingsevaluering vært vanskelig å få til, noe som skyldes at de aktuelle pasientene hadde flyttet til fjerntliggende deler av landet.

EVALUERINGSKRITERIER

Psykisk helse og psykososialt velbefinnende er verken entydige eller endimensjonale begreper. Kriterivalget vil derfor være blant de dilemmaer man nesten alltid står overfor i terapevaluering. Videre vet vi at virkninger av psy-

koterapi kan manifestere seg på forskjell like måter og på ulike områder av pasientens liv. Dette tilsier at man bør benytte et fler modalit kriteriesett for måling av behandlings effekter. Hertil kommer at kriteriene bør velges med henblikk på både allmenne (nomotiske) og særegne (idiografiske) aspekter ved den enkelte pasients utvikling i løpet av behandlingen.

Metoden som vi benytter er nomotetisk i den forstand at alle pasientene blir vurdert i forhold til et standard sett av målområder eller evalueringsdimensjoner. Disse er: *plager og symptomer, mellompersonlige forhold, selvforståelse, problemløsningsevne og den «interne spesifikke prediposisjon»*. Det idiografiske element er tatt vare på ved at man innenfor hvert av disse målområdene opererer med bedringskriterier som er tilpasset den enkelte pasient.

Oppstillingen av de individualiserte kriterier skjer på grunnlag av opplysningene som kom mer frem gjennom initialintervjuet. Kriteriene (som fortrinnsvis angis i operasjonaliserbare termer) blir stilt opp før terapien starter, og prediksjonene gjøres i forhold til alle mål kategoriene.

For å få et mer nyansert og differensiert uttrykk for bedringsgrad spesifiserer vi henholdsvis minste og maksimale forventning. Med forankring i disse to ytterpunktene brukes for hvert målområde en 7-trinns skala. *Ingen forandring* (bedring som er mindre enn minste forventning) angis med verdien null. I tillegg til vurdert bedring blir pasienten også gitt skåre for sitt aktuelle funksjonsnivå (status presens) innenfor hvert målområde. Det gis også skåre for globalt vurdert bedring.

For det psykologiske testbatteris vedkommende blir det nomotetiske aspekt ivaretatt ved at det for både Rorschach, MMPI og SCL-90 foreligger populasjonsnormer (normal verdier) som en gitt pasients resultater kan sammenlignes med. Eksempelvis kan vi tenke oss at pasienten opprinnelig hadde en T-skåre på 75 på MMPI's hypokondri (Hs)-skala, men at denne verdien etter behandling er falt til 58. I så fall har pasienten beveget seg fra et patologisk nivå og inn i det normale variasjonsområdet. MMPI-skåren indikerer mao. at terapien har hatt gunstig effekt, i det minste hva angår å redusere omfanget av pasientens hypokondre forestillinger.

Ut fra den særegne problemutformingen hos akkurat denne pasienten kan det imidlertid

tid godt tenkes at det var helt andre forandring er man aller helst ønsket å se. F.eks. kan det tenkes at reduksjon av vedkommendes paranoid tilbøyeligheter og sosiale angst var terapiens viktigste målsettinger. For å kunne tale om en vellykket behandling ville man i så fall forvente en klar reduksjon i pasientens Pa- og Si-skåre. Idiografisk sett er det mao. også for de psykologiske testenes vedkommende viktig å operere med *individualiserte* kriterier. Med utgangspunkt i pasientens initiale Rorschach-, MMPI og SCL-90 protokoller blir det derfor for hver test spesifisert hvilke fem forandringer vi primært ønsker å se hos ham/henne. I prinsippet er dette en form for måloppnåelsesskalering (kfr. Kiresuk & Sherman, 1968).

Fysioterapeutens evaluering av pasientens kroppsforhold blir overført til en 7-punkt skala for henholdsvis funksjonsnivå og omfang av bedring. Den fysioterapeutiske evalueringsmetodikken vil forøvrig bli nærmere beskrevet i en senere artikkel.

PROSJEKTETS BETYDNING

Prosjektet har betydning først og fremst gjennom de muligheter det gir for en omfattende og multimodal kartlegging av terapi effekter. En tilsvarende bredt anlagt studie over korttidspsykoterapi er, etter det vi kjenner til, tidligere ikke utført. Sammenlignet med f.eks. tidligere forskning innenfor STAPP tradisjonen representerer innføringen av psykologiske testdata en vesentlig styrking av evalueringgrunnlaget. Ved at vi i øvrige henseender arbeider og holder oss så tett opp til STAPP tradisjonens evalueringsmetodikk, gir undersøkelsen oss samtidig anledning til å replikere tidligere forskning. Dette gjelder både Sifneos egne studier, og det gjelder kan hende i enda høyere grad den norske forskningen som over flere år har pågått ved Universitetet i Oslo (se f.eks. Dahl et al., 1978; Heiberg, 1978).

Tradisjonelt har man innenfor de fleste dynamiske korttidspsykoterapitradisjoner viet spørsmålet om pasientens egnethet for slik terapi stor oppmerksomhet. De klartest skrevne, og samtidig mest ekskluderende, egnethetskriterier er utviklet i forhold til STAPP-modellen. Men også Malans modell forutsetter, som vi har sett, en henholdsvis stramt pasientseleksjon. Dersom det viser seg at man kan predikere behandlingsutfall for disse terapiformene på grunnlag av pasientenes initiale

psykologiske testresultater, vil man for fremtiden kunne få en mer pålitelig identifi sering av egnede STAPP- og BP-pasienter ved også å la psykologisk testing inngå som en del av seleksjonsarbeidet.

Sammenlignet med STAPP og BP kan FIAT modellen til en viss grad betegnes som «radi kal». Vi sikter da særlig til det forhold at man gjennom denne modellen tilstreber å kunne gi både relevant og forsvarlig psykoterapi også til pasienter med mindre utviklede ego-ressurser. Gjennom det design vi benytter i prosjektet får vi mao. anledning til å studere virkninger av korttidspsykoterapi også hos en kategori pasienter som tradisjonelt har vært avskåret muligheten for slik behandling.

Med tiden er man blitt mer klar over at psykologiske tilstander og personlighetsmessige forhold også manifesterer seg kroppslig, f.eks. i form av kroppsholdninger og muskulære spenningsmønstre. Dette er forhold som psyko terapiforskningen til nå har viet nokså liten oppmerksomhet, men som prosjektet vårt i noen grad kan bidra til å kaste lys over.

Endelig er det vår oppfatning at prosjektet som sådant også kan få betydning som en illustrasjon av hvordan systematisk terapievaluering og forskning (i det minste semikontrollert sådan) lar seg integrere i løpende klinisk praksis uten å forutsette store ekstraressurser eller ekstraanstrengelser. ✕

REFERANSER

- Dahl, A. A., Dahl, C.-1., Heiberg, A., Husby, R., Olafsen, O. M., Sørensen, T. & Weiseth, L. A presentation of the short-term psychotherapy project at the Oslo University Psychiatric Clinic. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1978, 29, 309–311.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S. & Covi, L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale - preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 1973, 9 (1), 13–28.
- Greenwald, H. Valgterapi: Integrasjon av en psykoana lytisk og en atferdsterapeutisk tilnæringsmåte. I: E. Larsen og G. Nielsen (Red.), *Praktisk psykoterapi*. Oslo: Tanum/Norli, 1981. Pp. 20–33.
- Heiberg, A. The main lines of the short-term psycho therapy project in Oslo. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1978, 29, 309–311.
- Kiresuk, T. J. & Sherman, R. E. Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 1968, 4, 443–453.
- Malan, D. H. A study of brief psychotherapy. London: Tavistock Publications, 1963.
- Malan, D. H. *A study of brief psychotherapy*. London: London: Plenum Medical Books, 1976.
- Nielsen, G. & Havik, O. *FIAT - en korttids psyko terapeutisk arbeidmodell*. Manuskript under arbeid. Institutt for klinisk psykologi, 1982.
- Sifneos, P. E. *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1972 Cambridge, Mass.: Harvard University Press,
- Sifneos, P. E. *Short-term dynamic psychotherapy. Evaluation and technique*. New York: Plenum Medical Books Company, 1979.
- Wolberg, L. R. *Short-term psychotherapy*. New York: Grune & Stratton, 1965.

Psykologprofesjonens historiske milepæler 1973-2023



1970-TALLET

I 1973 vedtar Stortinget Psykologloven, den første i Norden. Psykologrådet blir opprettet. Loven som trer i kraft 1. januar 1974 hjemler autorisasjon som gir rett til å «ta syke i kur».

Turid Vogt Grinde (bildet) gis mye av æren for at loven ble vedtatt.

Psykologloven åpner for å innføre trygdekasserefusjon for spesialister i klinisk psykologi.

Norsk psykologforening teller 586 medlemmer.

Ved kongelig resolusjon av 22. desember 1978 blir det bestemt at Universitetet i Bergen skal opprette et psykologisk fakultet, det første i Skandinavia.



FOTO: NORA-SKJERDINGSTAD

1980-TALLET

Norsk psykologforening deltar i etableringen av European Federation of Professional Psychologists Associations (EFPPA) som blir grunnlagt i 1981.

I 1984 gjennomføres en omorganisering av NPFs sentrale struktur med to hovedutvalg; profesjonsutvalget og lønns- og arbeidsmarkedsutvalget. Handlingsprogram er innført. Foreningen innfører to-årige landsmøteperioder og årlige lederkonferanser.

Spesialistordningen i klinisk psykologi omorganiseres i 1985 med en stor utvidelse av kompetanseområder, skriftlig arbeid innføres som ett av kravene.

I 1987 vedtas Ethiske prinsipper for nordiske psykologer.

1990-TALLET

Universitetet i Tromsø starter profesjonsstudium i psykologi i 1991.

I 1994 vil utdanningsminister Gudmund Hernes skjære ned på profesjonsutdanningen. NPF og leder Sverre L. Nielsen (bildet) lykkes med snu ministerens mening, planene om å kutte utdanningslengden skrinlegges.

Profesjonsstudium i psykologi starter ved NTNU i Trondheim i 1995.

Stortinget vedtar Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999 –2008) i 1998, noe som fører til ressursøkning på feltet og omorganisering av tjenestene. Etterspørsel etter psykologkompetanse i psykisk helsevern øker.

Stortinget opphever Psykologloven i 1999, og vedtar Helsepersonelloven, som inkluderer psykologer.

Psykologrådet blir nedlagt og de viktigste funksjonene overføres den nye helsepersonellnemnda.



2000-TALLET

Når rusreformen trer i kraft i 2004, skal det utvikles spesialiserte helsetjenester for rusavhengige. Psykologer får en sentral rolle i utformingen av de nye tjenestene.

I 2000 gir den nye psykisk helsevernloven psykologer utvidede ansvarsoppgaver. Det åpnes for psykologer i ledelse, gjennom vedtak om profesjonsnøytral enhetlig ledelse.

Sentralstyret i NPF vedtar «Prinsippklæringen om evidensbasert psykologisk praksis» i 2007.

I 2008 passerer Norsk psykologforening 6000 medlemmer.

Psykologer i Telemark og Akershus får sykmeldingsrett som en forsøksordning i 2008.

2010-TALLET

På landsmøtet i 2010 foreslår sentralstyret at mastere i psykologi skal få bli medlemmer foreningen. Sterk motstand på landsmøtet gjør at forslaget blir trukket.

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i 2011 gir kommunene lovfestet plikt til å sørge for psykiske helsetjenester til befolkningen.

I 2015 varsler helse- og omsorgsminister Bent Høie at forslaget om lovfesting av psykologer i kommunen vil komme i 2016, med krav om å ha psykologene på plass senest i 2020.

Psykologer får henvisningsrett fra 1. juli 2015.

2020-TALLET

Psykologforeningen publiserer policynotat om kjønnsinkongruens.

NPF støtter tilfang av nye studiesteder og -plasser i Norge.

Norsk psykologforening passerer 10000 medlemmer sommeren 2020.

Foreningen støtter tilfang av nye studiesteder og -plasser i Norge. Sommeren 2020 passerer foreningen 10 000 medlemmer. Yngre psykologer søker seg til privatpraksis og vil ha praksisen godkjent som meritterende for spesialisering.

Til glede for nye lesere

- Milepel i norsk psykologi av Bjørn Christian- sen (1979)
- Frå Leipzig via Oslo til Tromsø: Helsing frå psykologstudiet ved Universitetet i Oslo ved opninga av det nye studiet i Tromsø av Rolv M. Blakar (1991)
- Embetsstudium i Trondheim av Gunn Scheen (1994)

- Den kliniske spesialiteten – et historisk tilbakeblikk av Torkil Berge (1993)
- Intervju med Turid Vogt Grinde, Psykolog- lovens mor – fra temanummer Kvinnelige pionerer i norsk psykologi (nr. 9, 2000)

Les tekstene på nett:



Myten om det bortskjemte spebarn

TEKST: Terje Hartmann & Ellen Hartmann

MERKNAD: Denne teksten ble først publisert i TnPf nr. 10, 1973, og omfattes ikke av åpen tilgang-lisens.

1. INNLEDNING

I denne artikkelen vil vi ta utgangspunkt i en del råd vi som nybakte foreldre, har fått av venner og kjente. Det har dreiet seg om mer eller mindre forsiktig kritikk av den måten man har sett at vi har behandlet vårt spebarn på. Kritikken er som oftest formulert som advarsler om hvor strevsomt vi vil komme til å få det med vårt barn hvis vi fortsetter å ture fram som hittil. I denne forbindelse bør det kanskje nevnes at vårt nær sagt eneste prinsipp hittil har vært at når barnet skriker, prøver vi å finne ut hvorfor, for så i neste omgang å gjøre noe med årsaken til ulydene.

De kritiske reaksjoner har vi kunnet forklare oss på to måter: Den første mulighet er at en god del av de som har hatt anledning til å observere oss i foreldrerollen, er blitt foruroliget av tegn til begynnende overbeskyttelse. Den andre mulighet er at rådene og kritikken er uttrykk for en spesiell teori om spebarnets psykologi. Av flere grunner velger vi her å se bort fra den første mulighet. I det følgende skal vi konsentrere oss om den andre. Vi tror nemlig at reaksjonene uttrykker ganske utbredte oppfatninger om menneskets natur. I lys av generell psykologisk teori og funn fra familieforskning vil vi forsøke å finne forklaringer på hvorfor dette bildet av spebarnet er så alminnelig, og hvorfor det er så viktig for mange å overbevise andre om dets gyldighet.

2. NOEN IAKTTAGELSER

I det følgende vil det bli referert en del illustrerende uttalelser og episoder. En kan her

passende begynne med vår ankomst til fødeavdelingen, der det som rimelig og vanlig er, var øredøvende skriking. Nærmest for å si noe, bemerket den svangre av oss dette. «Åh, de vil bare breles med», svarte søster. («Å brele» er et bergensk uttrykk for å forkjele, skjemme bort). I månedene fremover skulle denne forklaring på barneskrik bli lansert tallrike ganger når vi gikk for å ta oss av babyen vår. Vi er forbauset over hvor mange som er av den oppfatning at det er godt for barn å skrike, at det er en «rett» man ikke må frata det. At skriking er sunt fordi det utvider lunger og intellekt.

Ved siden av forestillingene om at det er sunt og utviklende for spebarn å skrike, er den tanke ganske vanlig at skriking er et maktmiddel barnet benytter seg av. Under et opphold på landet kom en gammel bonde forbi mens vi vugget barnet i søvn. «Vær forsiktig med det der, ellers får dere snart heldagsjobb», sa han. Dette er bare uttrykk for det mange kollegaer har advart oss mot. «Pass på at barnet ikke manipulerer dere. Det er en maktkamp fra første stund. Barn lærer utrolig fort at de kan skrike seg til alt. En ting må dere i alle fall lære dere, og det er å tolerere at ungen skriker - ellers får dere det helt ulevelig. Barnet må først og fremst lære at det ikke alltid kan ta det som det vil», osv. Vi har ikke kunnet forstå disse kommentarene på annen måte enn at spebarnets primære egenskaper antas å være umettelig makt og nydelssesyke.

I utviklingspsykologisk litteratur hevdes det som regel at det første leveår er preget av å få. (Se f.eks. Erikson, 1956). Først når renslig-

hetstreningen begynner i annet leveår, blir det stillet krav til barnet. Dette stemmer øyensynlig ikke med vanlig praksis i vår kultur. En får tvert imot inntrykk av at oppdragelsen ikke kan begynne tidlig nok. Det er viktig at spebarnet fort lærer å sove gjennom natten, spise med skje, drikke av kopp, spise mat med klumper i, o.a. En skulle tro at det fantes mange mennesker som aldri mestret dette. Mange mødre hevder også at skulle barnet få bestemme tidspunktet for stell og måltider, vil de selv bli alt for avhengige. Det virker som det er lettere å være slave av klokken enn av babyen.

Hvor sterk redselen for å skjemme bort spebarnet er, illustreres av at Spock i sin siste utgave har et fyldig avsnitt om bortskjemthet som begynner slik:

«*Kan De skjemme barnet bort?*» Dette spørsmålet reiser seg ganske naturlig i de første ukene hvis ungen maser mye mellom måltidene i stedet for å sove fredelig». (Spock 1968, side 165).

Spock hevder at før to-tre måneders alderen er det umulig å skjemme bort et barn. (Spock 1968). Denne setningen siteres ofte med en viss triumf i diskusjoner, og man kan få inntrykk av at mange foreldre betrakter tremåneders dagen som en milepel i barnets og deres eget liv. Fra nå av gjelder det altså å være på vakt, nå må foreldrene betvinge sin natur for å kunne gå seirende ut av maktkampen med sin lille, men akk, så forslagne baby.

3. SPEBARNETS PSYKOLOGI

Den utbredte oppfatning om hvordan spebarnet *er* som er skissert, kan sammenfattes som følger: Barnet er grådig, tyrannisk, egoistisk og selskapssykt. Det er i tillegg ganske smart, med en foruroligende vilje og evne til å manipulere sine omgivelser. Barnets viktigste maktmiddel er skriking, og dette gjør det nærmest omnipotent. I oppdragelsen er det derfor om å gjøre at de snille og rettenkende foreldre sikrer seg mot at barnet oppdager hvilket farlig våpen det er i besittelse av. Sørger ikke foreldrene straks for dette, vil barnet ha lært at det er en overmektig og viljesterk person som uvegerlig alltid senere tøylessløst vil utfolde sine opprinnelige egenskaper.

Lignende beskrivelser av spebarnet er ikke ukjente i psykologisk litteratur. F.eks. hevder Balint (Balint 1937) at alle analytikere, uansett teoretiske avskygninger, vil kunne enes om

Freuds beskrivelse av spebarnets psykologi i artikkelen om kvinnens seksualitet: «Barnets kjærlighet er grenseløs. Det ønsker enerådende besittelse, og er tilfreds med intet mindre enn alt. Men det har også en annen egenskap. Det er ute av stand til full tilfredsstillelse, og dette er hovedgrunnen til at dets kjærlighet er dømt til å ende med skuffelse, og gi plass for en fiendtlig holdning». (Freud 1931, s. 289).

Det er viktig å være oppmerksom på at denne beskrivelsen er en konstruksjon basert på observasjoner av voksne mennesker i den psykoanalytiske behandlingssituasjon.

4. OPPDRAGERENS PROJEKSJONER

Direkte kjennskap til hvordan spebarnet er og har det, er selvfølgelig ikke mulig. Vi er imidlertid slått av at spebarnet ofte tillegges en grad av emosjonell, sosial og intellektuell modenhet som sannsynligvis ikke er i overenstemmelse med de faktiske forhold. Det synes m.a.o. å være tale om fortolkninger med sterke projektive innslag. At projeksjonene i neste omgang viser seg å holde stikk, er ikke noe bevis for at de uttrykker sannheten om spebarnets opprinnelige natur. F.eks. kan en gå ut fra at en barneoppdragelse som er en konsekvens av frykt for å skjemme barnet bort, vil innebære ofte unødvendig tidlige og sterke frustrerende elementer. Ikke så underlig om barnets kjærlighet etter hvert vil «vike plassen for en fiendtlig holdning». Foreldrenes attribusjoner er dermed bekreftet. Dette nødvendiggjør i sin tur oppdragelse. Barnet er trukket inn i en maktkamp hvor den sterke har rett.

Attribuering er på godt og vondt sannsynligvis den mest effektive form for disiplinering. Den overflødiggjør detaljerte instruksjoner, forklaringer og nitid overvåking. En snill gutt kan ikke gjøre noe slemt, for da er han en slem gutt, men det er han jo ikke. De fleste av våre attributter har sin opprinnelse i våre oppdrageres projeksjoner. Man kan med større grad av sikkerhet studere de voksnes projeksjoner og attribusjoner enn spebarnets egentlige natur.

5. TEORETISKE BETRAKTNINGER

Vi vil nå gå over til å fremsette noen forklaring på at mange mennesker i vår kultur, velger å ha det bildet av spebarnet som er beskrevet. Vi går ut fra at bildet er en «myte». Med dette mener vi først og fremst at det tjener til å for-



TERJE OG ELLEN

HARTMANN, begge tidligere redaktører, skriver sine faglige og personlige betraktninger om foreldrerollen anno 70-tallet i en tidlig utgave av Tidsskrift for Norsk psykologforening.

dreie eller underslå viktige aspekter ved virkeligheten. Vi bygger i noen grad på Ferreiras begrep «familiemyte», (Ferreira 1966). Med dette forstås en serie vel integrerte oppfatninger som familiemedlemmene har om hverandre og forholdet seg imellom. Disse oppfatninger tas for gitt og lar seg vanskelig diskutere. De uttrykker et synspunkt på forholdet mellom familiemedlemmene som forklarer det enkelte medlems adferd og definerer dets rolle.

La oss først så på hvordan denne myte kan oppstå og opprettholdes. Laing har påpekt at enhver generasjon attribuerer bestemte egenskaper til den neste. Egenskaper som ble pålagt foreldrene av forrige generasjon igjen. Fortiden projiseres inn i fremtiden. Fra fødselen står det en plass ledig som barnet tvinges til å fylle. Spillerom for utvikling av barnets egenart er skremmende liten. (Laing 1971). Menneskets tendens til overgeneralisering er sannsynligvis en nødvendig betingelse for disse prosesser. Et ansiktstrekk, en bevegelse, et følelsesuttrykk som minner om en far eller bestemor, får oss til å oppleve at likheten også må gjelde personlighet. Vi slutter fra likhet i skinn til likhet i sinn, og barnet blir sin bestefar opp av dage.

Hvilken funksjon tjener så myten om det bortskjemte spebarn? Vi har gått ut fra at den har et sterkt projektivt element. I denne forbindelse kan nevnes at da Freud oppgav «forføringsteorien», for i stedet å beskrive det lille barn som en polimorft pervers idklump, fritok han, som Fromm påpeker, foreldrene fra ansvar og skyldfølelse for sine egne perverse og incestuøse lyster og handlinger overfor barnet. (Fromm 1970). Vi vet imidlertid at seksuelle handlinger mellom foreldre og barn forekommer oftere enn en skulle tro. (Lidz 1969). Dette kan ikke utelukkende skyldes barnets uartighet og forføringskunster.

På tilsvarende måte er det heller ikke urimelig å gå ut fra at den vanlige oppfatningen at spebarnets skriking skyldes grådighet og maktbegjær, tjener til å rettferdiggjøre en god del aggressive følelser og irrasjonell adferd fra oppdragernes side. En nyfødt vil alltid representere en større eller mindre provokasjon mot de enkelte familiemedlemmers selvfølelse og mot den eksisterende familiebalanse. Utilstrekkelighetsfølelse, angst og sjalusi aktiveres. Det synes maktpåliggende at barnet innordner seg den ofte hardt tilkjempede og hårfine likevekt de øvrige familiemedlemmer alt har etablert.

Vi tror at en sterk angst for å skjemme bort spebarnet kan bidra til utvikling av de former for foreldre - barn relasjoner man finner i patologiske familier. Disse relasjoner er kjennetegnet ved at foreldrene kjemper for å opprettholde sin egen integritet ved å fastholde rigide forventninger om hvem de er og bør være, og hvem barnet er og bør være.

Foreldrene er derfor uimottakelige for de emosjonelle behov hos barnet som truer disse antagelsene. (Lidz et al. 1958). Familieforholdet er preget av «pseu-dogjensidighet», dvs. at familiemedlemmenes bestrebelse snarere er rettet mot å opprettholde en tilsynelatende følelse av gjensidighet enn mot en korrekt opplevelse av hverandres behov. (Wynne et al. 1958). Oppfatninger i familien er preget av feiltolkninger eller «mystifisering»: forsøk på å få den andre til å tro at hans emosjonelle behov blir tilfredsstilt, selv om de ikke blir det; fremstille slike behov som urimelige, grådige eller egoistiske fordi foreldrene Ikke kan eller ikke vil tilfredsstille disse, eller overbevise den andre om at han bare tror han har disse behovene, men egentlig ikke har dem. (Laing 1965). F.eks. når barn skriker, oppfattes ikke dette som uttrykk for at barnet

trenger mer omsorg, pleie, mat, kjærtegn eller tid, men som at barnet er grådig, bortskjemt, utidig og trenger disiplinering.

6. BEHOVSMODELL VRS. LÆRINGSMODELL

Innen psykologisk teori er det hovedsakelig to modeller for utvikling. Den ene tradisjonen er behovsorientert, den andre læringsorientert. I følge den første vil barnet når det har fått sine behov tilfredsstilt, vende seg mot nye ting. Utviklingen følger et indre organiserende prinsipp, og når miljøet innen rimelige grenser, samsvarer med dette, vil progresjon finne sted. I følge det andre synet vil den adferd som blir belønnet gjentas, mens den adferd som straffes, vil avta. De to syn gir prinsipielt helt forskjellige måter å forholde seg til spebarnets skrik på. For den behovsorienterte vil skriket signalisere at barnet har utilfredsstilte behov. For den læringsorienterte vil skriket lett bli oppfattet som en dårlig vane man må være forsiktig med å belønne. Det er kanskje symptomatisk for vårt samfunn at læringsmodellen er så vidt dominerende som den er.

Selv om en er tilhenger av behovsmodellen, er det ikke sagt at en ikke mener det er viktig at barnet lærer mange ting. Sosialisering er nødvendig. Spørsmålet blir når og hvordan man forsøker å tilegne barnet nye ferdigheter. Kan det være at det i vår kultur er nødvendig å begynne tidligst mulig, før barnet ennå forstår hva det blir utsatt for?

7. AVSLUTNING

Skrik er en naturlig måte for spebarn å uttrykke misnøye på. Hvis omgivelsene viser at de forstår dette, vil skriket i løpet av barnets utvikling kunne erstattes av alltid aldersadekvate uttrykk for krav og protest. Men hvis de første budskap neglisjeres eller misforstås kan en vente at denne utvikling forstyrres. Individets dominerende form for protest forblir primitiv og uartikulert. I de aller fleste situasjoner vil protesten derfor ha liten virkning og bare på nytt bekrefte maktesløshet.

Konsekvensen av den relativt autoritære oppdragelse som myten om det bortskjemte spebarn legger opp til, vil være grunnleggende mistillit til egne opplevelser og følelser. Dette sikrer mottakelighet for indoktrinering og relativt konfliktfri underkastelse. De voksne vet best hvordan tingene er, hva jeg trenger, tenker og føler. Det spiller liten rolle fra eller til, hva jeg måtte si eller gjøre.

En beskrivelse av dominerende oppdragesformer i en kultur, innebærer samtidig en beskrivelse av kulturen. En viss porsjon usikkerhet, anonymitet og resignasjon er kanskje viktige forutsetninger for å mestre vanlig skolegang, de fleste arbeidssituasjoner i vårt samfunn og en initiativløs konsumenttilværelse.

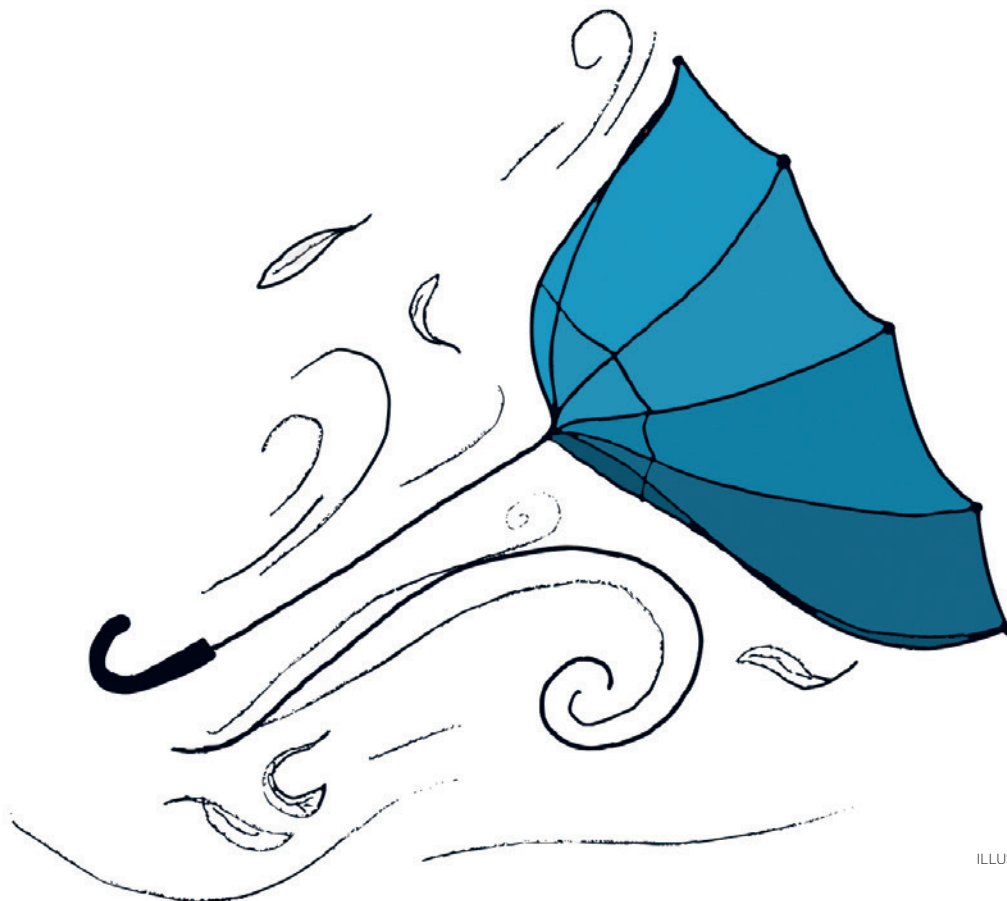
Det er m.a.o. grunn til å tro at voksnes engstelse for at spebarn skal bli bortskjemte har verdi når det gjelder å garantere en adekvat realitetstesting av og tilpasning til våre samfunnsforhold. ✕

REFERANSELISTE

- | | | |
|---|---|---|
| <p>Balint, M.: Early Developmental States of the Ego, Primary Object Love. (1937) i Primary Love and Psychoanalytic Technique. Tavistock Publications 1965.</p> <p>Erikson, E. H.: Childhood and Society. N.V. W.W. Norton & Company, Inc., 1950.</p> <p>Ferreira, A. J.: Family myth and Homeostasis. Arch. Gen. Psychiat. 9. 1963.</p> <p>Freud, S.: Female Sexuality. (1931) Vol. XXI. Standard Edition. The Hogarth Press, London 1961.</p> <p>Fromm, E.: The Crisis of Psychoanalysis. Holt, Rinehart & Winston, 1970.</p> | <p>Laing, R. D.: Mystification, Confusion and Conflict. I Boszarmenyi-Nagy, I. & Framo, J. L. (Eds.): Intensive Family Therapy: Theoretical and Practical Aspects. N.V. Harper & Row, Publishers Inc. 1965.</p> <p>Laing, R. D.: The Politics of the family and Other Essays. Land. Tavistock 1971.</p> <p>Lidz, T., Cornelison, A. R., Terry, D. & Fleck, S.: Intrafamilial environment of the schizophrenic patient: VI The transmission of irrationality. A.M.A. Arch. Neurol, Psychiat. 79. 1958.</p> | <p>Lidz, T.: The Influence of Family Studies on the Treatment of Schizophrenia. Psychiatry, 32, 3. 1969.</p> <p>Spock, B.: Barnet, sunn fornuft i barnestell og oppdragelse. Tiden Norsk Forlag, Oslo, 1970.</p> <p>Wynne, L. C., Ryckhoff, I., Dag, J. & Hirsch, S.: Pseudomutuality in the Family Relations of Schizophrenia. Psychiatry. 21. 1958.</p> |
|---|---|---|

Metoder i vinden

Hva viser historien om psykologfaglige praksiser slik de er presentert i tekstene våre? Vi har forsøkt å fange opp historiske tendenser, men har måttet prioritere hardt. Gjennomgangen begrenser seg derfor til arbeidsmåtene vi finner i klinisk psykologi. Vi gir likevel et inntrykk av hvordan psykologfaglige arbeidsmåter har gått fra sakte ekspansjon til en nærmest eksplosjonsartet utvikling



1970-TALLET:

Psykodynamisk teori mister hegemoni

FØRSTE HALVDEL AV 70-tallet var en faglig stormfull periode. Fram mot 1970 var psykodynamisk terapi så godt som enerådende faglig orientering for psykologer både i grunn- og videreutdanningen. De etterfølgende årene kom en strøm av gjesteforelesere og kursholdere til Norge og presenterte et mangfold av tilnærminger, først og fremst fra USA. American Psychiatric Associations reviderte diagnosemanual DSM-III ble gjort teoriavhengig, noe som bidro til å tone ned det tidligere fokuset på årsaker til diagnoser og skillet mellom nevrososer og psykoser, ofte forbundet med det psykoanalytiske tankegodset. Også her hjemme begynte psykodynamisk teori å miste sin dominerende posisjon, og nye orienteringer rivaliserte om fagfolkenes gunst.

I 1974 skrev Sissel Reichelt en artikkel der hun søkte å bygge bro i stridighetene ved å vise behovet for å kombinere flere orienteringer. Hun presenterte en teoretisk integrering av sosial læringsteori og kommunikasjonsteori, og viste til konkrete eksempler i arbeidet med barn med atferdsvansker. Ett eksempel var å oppfordre til problematferd, for å fjerne den sosiale forsterkningen av uønsket atferd samtidig som barnet ikke lenger kan kontrollere relasjonen med symptomet. Reichelts artikkel presenterte en eklektisisme som overskred konfliktene i fagfeltet på 70-tallet, og viste behovet for å hente elementer fra flere orienteringer. Vi har derfor valgt å publisere artikkelen på nytt (se side 589). Arbeidet Sissel Reichelt og nære medarbeidere sto for, la grunnlaget for etableringen av Institutt for aktiv psykoterapi (IAP) i 1983. IAP er høyst aktivt i dag, og tilbyr et bredt utvalg av spesialistutdanninger for psykologer.

På 1960- og 70-tallet ser vi en voksende ideologisk kritikk av psykiatrien, av behandlingen som ble gitt og av forholdene ved institusjonene. Kritikken fremkom både i aviser og i heftig debatt i tidsskriftet. I 1974, samme år som Reichelts artikkel ble publisert, ble den såkalte Gro-saken rullet opp i mediene, først i Dagbladet. Gro-saken omhandlet utprøving av atferdsterapeutisk behandling av en ung jente bosatt på institusjon. Befolkningen var på 70-tallet blitt skeptiske til «ekspertveldet», og i samsvarende med datidens zeitgeist satte Dagbladet i 1974 søkelys på «vitenskapens plass i samfunnet vi lever i». Som et ledd i debatten, kjørte avisen en målrettet kampanje mot uetisk forskning. Den første avsløringen omhandlet Gro, som hadde bodd på institusjon fra hun var fem år gammel. Forskerne Arne Brekstad og Willy-Tore Mørch møtte Gro da hun var elleve år gammel. Da hadde hun vært fastspent med lærreim i hele døgnnet i to år, unntatt i stellesituasjoner. Dagbladets artikkel beskriver hvordan forskerne brukte den da elleve år gamle Gros situasjon som utgangspunkt for å prøve ut atferdsterapi – med belønning hvis hun oppførte seg ønskelig og straff hvis hun ikke gjorde det. Artikkelen ble gjenstand for stor debatt i de allmenne mediene og i Psykologtidsskriftet. Sakens kompleks er for omfattende til at vi kan gi den en informert og balansert fremstilling. På side 661 finner interesserte lesere en bokomtale av utgivelsen *Atferdsanalyse gjennom 50 år*. Boken er forfattet av Børge Holden og inkluderer en gjennomgang av Gro-saken. Saken ga grunnlag for



FLERE TOK til pennen og skrev i Psykologtidsskriftet etter Dagbladets avdekking av Gro-saken.

Til glede for nye lesere

- Minneord om Harald Schjelderup av Åse Gruda Skar (1974)
- Ola Raknes til minne av Rolf Grønseth (1975)
- Vitenskapsmannen og mennesket Harald Krabbe Schjelderup. Bidrag fra et symposium 100 årsdagen for hans fødsel av Dagfinn Føllesdal og Bjørn Killingmo (red.), supplement nr. 1, 1996 (tilgjengelig for kjøp via Psykologtidsskriftet)

Les tekstene på nett:



Podkastepisode:

First, do no harm

Psykologers fremste rolle og hensikt er å yte god og forsvarlig hjelp til personer som trenger vår bistand. Likevel er historien full av eksempler på at hjelp har påført andre mennesker store lidelser, skade og i ytterste konsekvens død. I etterpåkløkskapens lys kan vi fordømme datidens praksiser og prosedyrer. Men hvilke omstendigheter forelå den gangen, som både legitimerer tiltakene og ga håp om bedring? Og er det slik at vi også i dag tar har prosedyrer eller hjelpetiltak som ettertiden kan dømme oss for? I episoden «First, do no harm.» snakker vi om denne tematikken.



DU FINNER vår podkast på
Psykologtidsskriftet.no/podkast

en bredere diskusjon rundt organiseringen av forskningen i Norge, og ble aktivt brukt i argumentasjon for og forarbeidet til opprettelsen av etiske komiteer for forskning (REK) (Paulsen & Kveim Lie, 2016).

Utover 1970-tallet døde flere psykoanalytikere som hadde vært sentrale for fagutviklingen i Norge. Norges første professor i psykologi, Harald Schjelderup, døde i 1974 (Skar, 1974). Hundreårsdagen for hans fødsel ble markert med et eget supplement i tidsskriftet i 1996 viet mannen og vitenskapsmannen Schjelderup (Føllesdal & Killingmo). I 1975 døde Ola Raknes, 88 år gammel. Raknes var opprinnelig filolog og hadde også bakgrunn innen religionspsykologi. I en alder av 41 år brøt han over tvert med sitt arbeidsliv som filolog og ble en av de første norske til å studere psykoanalyse (Grønseth, 1975). I 1928 tok han doktorgrad med avhandlingen *Møtet med det Heilage. Ein etterrøknad um det psykologiske grunnlaget for religion*. I denne perioden begynte han som elev hos den østerrikske psykiateren William Reich, som han besøkte flere ganger etter at Reich dro til USA i 1939. Raknes bidro inn i Reichs psykoterapeutiske, biologiske og naturfilosofiske teorier, og skrev flere bøker om disse og om egen praksis med karakteranalytisk vegetoterapi. Raknes formidlet viktigheten av barnet i den voksne: vitalitet, iver og søker glede. Hans syn på psykoterapi var å hjelpe pasienten med å finne det levende i seg selv, den iboende utviklingstendens, ved å vedstå seg tanker, følelser og impulser. Opplevelse av kroppen sto sentralt – «å kjenne hva en har lyst til, samt gi etter for det, så lenge en ikke ser vesentlige ulemper» (Grønseth, 1975). Raknes var opptatt av individets særegne vei, og hadde en respekt for hvor langt den enkelte ville gå. Vektlegging av vitalitet og menneskets iboende utviklingstendens er ikke tankegods som er unikt for Raknes, det er stadig aktuelt i en del terapiretninger. Det er også tenkning som gir gjenklang i flere psykologers og nevrobiologers advarsler mot den ensidige vektleggingen av akademiske prestasjoner i skolen på bekostning av lek.

1980-TALLET:

Barnet, katastrofer og hypnose

PÅ 1980-TALLET KOM barnet i fokus. Åse Gruda Skard publiserer artikkelen «Har vi oppdaga barna?», hvor hun tar en historisk gjennomgang av hvordan barn har blitt omtalt og avbildet i billedkunst, skjønnlitteratur og faglitteratur helt siden 1300-tallet. Darwins bok *On the Origins of Species* fra 1859 førte til en markant økt interesse for barns fysiske og psykiske utvikling. Filosofer, pedagoger og psykologer begynte å forske på barnet og 1900-tallet ble «barnets århundre». Freud fremstilte teorier om hvordan nevroses og personlighetsstrukturen alltid har røtter tilbake i tidlige hendelser i barndommen, og påpekte at det «uskyldige» barnet også har et driftsliv. I kunsten ble barn portrettert med klare emosjonelle uttrykk, noe som representerte noe nytt. De ble i større grad betraktet som individer, med sin egen personlighet. Folk fikk etter hvert færre barn, sannsynligvis fordi flere overlevde, og foreldre måtte og kunne vie mer oppmerksomhet til hvert enkelt barn. Kvinner fikk stemmerett, og det kom krav om at barn skulle ha rett til skolegang. Den franske psykologen Alfred Binet registrerte individuelle forskjeller i intellektuell utvikling, og fagfeltet rettet søkelys mot avvikende og vanskelige barn. I 1920–30-årene kom flere klinikker og institusjoner innrettet for å gi hjelp til barn som inntil da hovedsakelig hadde mottatt straffetiltak. Spørsmål om alle barn skulle gå i samme skole dukket opp, inkludert om minoriteter som samene skulle «sosialiseres» inn i majoritetskulturen i Norge. På det tidspunktet hadde fornorskningspolitikken pågått lenge, og det ble gjort studier i frenologi av nordmenn og samer. Skard avslutter artikkelen med å presisere at forskningsfeltet på barn er i sin spede begynnelse. I mengde ligger barnefeltet fremdeles langt etter forskning på voksne.



ÅSE GRUDA SKARD trekker fra et vell av kulturelle kilder i sin artikkel om barnet. Foto: Nasjonalbiblioteket / Wikimedia

Til glede for nye lesere

- Har vi oppdaga barna? av Åse Gruda Skard (1980)
- Hypnose i korttidsterapi – et kasuistisk eksempel av Bjørn Wormnes (1980)
- Tre kommunikasjonsnivåer hos barn i psykoterapi av Nils Eide-Midtsand (1989)

Les tekstene på nett:



Psykologfaglig arbeid med barn dukker likevel opp i flere tekster i tiåret. I 1989 deles Bjørn Christiansens minnepris ut for første gang, til Nils Eide-Midsand for en artikkel om kommunikasjonsnivåer hos barn i psykoterapi.

Sorg og katastrofereaksjoner kom også på banen i tidsskriftet, samme tiår som Psykososialt team for flyktninger, forløperen til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), ble etablert. Nora Sveaass var sentral i opprettelsen av de psykososiale teamene for flyktninger, som en av de tidlige medarbeiderne ved Psykososialt senter ved Universitet i Oslo. Som vi skal se, publiserte hun en rekke tekster i tidsskriftet i tiden som fulgte.

Atle Dyregrov skrev flere sentrale artikler, bl.a. om konsekvenser av å ha vært utsatt for katastrofer – for overlevende, etterlatte og helsearbeidere (Dyregrov, 1983a, 1983b). På side 598 finner du en åpenhjertig tekst han skrev i 1987, hvor han blant annet fremhever betydningen av kollegial støtte. Dyregrov var generelt opptatt av sorg og sorgreaksjoner hos barn, ungdom og familier etter katastrofer, og startet i 1988 Senter for krisepsykologi (nå Klinikk for krisepsykologi). I artiklene beskriver han arbeid med kriseteam i kommunen, en ordning som først ble møtt med skepsis fra offentlig hold. Siden den gang har kommunene fått et lovpålagt krav om å etablere systemer for psykososial beredskap etter kriser. Imidlertid er mangel på beredskap og på helsepersonell som kan bistå ved kriser i mindre kommuner, fortsatt en aktuell problemstilling (Halvorsen, 2021b).

Hypnose fylte også mye av tidsskriftets spalter på 80-tallet (for eksempel Nielsen, 1980; Wormnes, 1980; Sørbotten, 1980; Winje, 1981). I et referat fra årsmøtet til Norsk forening for Klinisk og Eksperimentell Hypnose i 1980 fremkommer at foreningen hadde omtrent 100 medlemmer, og at miljøet først og fremst befinner seg i Bergen (Laberg, 1980). Samtidig heter det seg i referatet at medlemmer fra andre steder i landet viser interesse for mer regional kursvirksomhet, og at flere medvirket i tilrettelegging og gjennomføring av etter- og videreutdanning bl.a. i regi av Norsk Psykologforening sin spesialistutdanning. Foreningen har nå skiftet navn til Hypnoseforeningen, og tilbyr i dag videreutdanning som godkjennes som vedlikeholdskurs av Psykologforeningen.



NORA SVEAASS står bak flere publiseringer om psykologisk arbeid med flyktninger. Hun var sentral i opprettelsen av de psykososiale teamene for flyktninger. Foto: UiO

1990-TALLET:

Kognitiv terapi og multikulturelt arbeid

DETTE ER ET tiår som er svært vanskelig å oppsummere kort. Stikkordsmessig kan vi trekke frem nevropsykologi, psykososer, eldre, kognitiv terapi, følelser og multikulturelt arbeid.

Traumer fortsetter å oppta en del spalteplass også etter 90-tallet. I 1993 blir metoden Eye movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) presentert for norske psykologer i en artikkel av Atle Dyregrov. I sammendraget bemerker han at «... the theoretical foundation is questionable ...», men at klinisk erfaring likevel tilsier at det kan være en nyttig metode. EMDR forskes på, skrives om og er i ustrakt bruk i Norge i dag.

Ellers ble traumefokuset i tidsskriftet i stor grad rettet mot multikulturelt flyktningarbeid. Et eget temanummer om flyktninger, traumer og minoritetshelse kom ut i 1995. Året før skrev Sissel Reichelt og Nora Sveaass flere artikler om sitt arbeid, der de henter tankegodt fra blant annet sosialkonstruktivisme, familierterapi og sosialantropologi (Reichelt & Sveaass, 1994a, 1994b). I den todelte artikkelen fra 1994 beskriver de rammen for og funnene fra et forskningsprosjekt utført ved Psykososialt team for flyktninger i Oslo, der samtaler med ti familier ble analysert. Reichelt og Sveaass tar utgangspunkt i kultur definert som *kontrollmekanismer*: planer, regler og instruksjoner som styrer menneskelig samhandling over tid. Kulturen tilbyr mening og en måte å unngå kaos på. De vektlegger at en ikke-vitende holdning til klientens opplevelser gir best utgangspunkt for vekst og utvikling, noe som har gjenklang i nyere terapiforskning om betydningen av ydmyket hos terapeuter. Reichelt og Sveaass presiserer at klienten er ekspert på seg selv og den kulturen klientens eventuelle traumer oppsto i. Terapeutens ekspertise ligger i å kunne føre gode sam-

taler. De anerkjenner samtidig den hierarkiske strukturen i møtet, som forsterkes ytterligere når terapeuten er del av majoritetskulturen og klienten av minoritetskulturen. Mer enn 30 år etter at artiklene ble publisert, oppleves tekstene fortsatt inspirerende, til nytte og til ettertanke for praktiserende psykologer. Vi har valgt å republisere 1994-artiklene, som du finner i jubileumsutgaven på nett.

Utover 90-tallet virker det som psykologfaget folder ut vingene for fullt. Egne temanummer om aldring og eldre samt om organisasjon og ledelse blir utgitt. Nevropsykologi fremtrer tydelig, og det gis ut to temanummer fra dette fagområdet. Rund et al. (1991) publiserer «Analyser av kognitiv fungering hos psykotiske pasienter basert på en informasjonsbearbeidingsmodell», en av flere artikler om psykoselidelser. Bjørn Helge Johnsen og Kenneth Hugdahl skriver om hemisfærisk asymmetri, og vi ser flere artikler som omhandler vurderinger av egnethet for bilkjøring (se for eksempel Schanke et al., 1997; Lundervold & Mathisen, 1998). I 1997 vant Ivar Reinvang Bjørn Christiansens minnepris for artikkelen «Klinisk Nevropsykologi: status og utfordringer», som fremstår tidsriktig i lys av omfanget av nevropsykologiske artikler som ble publisert i tiåret. Et annet tidsmessig fenomen som flere psykologer arbeidet med på 80- og 90-tallet, var hiv og aids. I 1990 kom en litteraturgjennomgang om nevropsykologiske endringer ved hiv-infeksjon. Hestad et

al. (1990) konkluderer i artikkelen at hiv-relatert demensutvikling var særlig kjennetegnet av dårligere problemløsningsevne og motoriske ferdigheter, fortrinnsvis sent i sykdomsforløpet.

I perioden gjør kognitiv terapi, eller kognitiv atferdsterapi, et merkbart inntog i tidsskriftet, og det utgis et eget temanummer i 1993. I forordet til temanummeret blir det gjort rede for behandlingsmodellen og grenseoppganger og overlapp med andre tilnærminger. Leseren får en introduksjon til et fagmiljø som beskrives som «nokså lite hva gjelder utbredelse».

Med kognitiv terapi får tanken og tankeprosesser en sentral plass i psykologenes fagtidsskrift. Men hva har vi gjort med følelser? Man skulle kanskje tro at Psykologtidsskriftet gjennom årene har inneholdt et dominerende antall artikler om følelser, men vi finner overraskende få artikler som spesifikt har behandlet emosjoner eller affekter. I 1996 publiserer Jon T. Monsen to artikler hvor han bringer følelsene inn på arenaen (Monsen, 1996a, 1996b). «Selv om følelser rent klinisk har vært tillagt stor betydning innen flere psykoterapitradisjoner, har de i forbausende liten grad vært gjenstand for teoretisk drøftelse og empiriske undersøkelser.» I artiklene redegjør Monsen nærmere for hva han mener med dette, og ikke minst viser han hvilken klinisk nytteverdi det har for terapeuter å arbeide gjennom affekter.



JON T. MONSEN

oppdaget at det var forbausende få empiriske undersøkelser av følelser.

Foto: Tron Trondal / UiO

Til glede for nye lesere

- Når «glimrende» spørsmål gir uforståelige svar. En utforskning av to familierapeuters møte med flyktningefamilier i et sosialkonstruksjonistisk perspektiv. Del I & Del II av Sissel Reichelt og Nora Sveaass (1994)
- **Temanummer:**
 - Nevropsykologi, nr. 8, 1991
 - Kognitiv terapi, nr. 8, 1993
- Psykologi i en verden i forandring. Psykologisk arbeid med flyktninger, nr. 8, 1995
- Kvalifisering for ledelse, nr. 5, 1996
- Eldrepsykologi, nr. 8, 1998
- Testpsykologi. Bruk av tester i psykologisk virksomhet og forskning, nr. 8, 1999

Les tekstene på nett:



Til glede for nye lesere

- Å velge i et mangfold av terapimodeller: Momenter til en interpersonlig integrering av terapi av Hanne Weie & Peder Kjøs (2002)

Temanummer:

- Voldens psykologi, nr. 1, 2002
- Helse på nett - Internett og psykologiske tjenester, nr. 6, 2002
- Rettspsykologi, nr. 3, 2003
- Idrettspsykologi, nr. 8, 2003
- Religionspsykologi, nr. 11, 2003
- Positiv psykologi, nr. 10, 2005

Les tekstene på nett:



2000-TALLET:

Løsningsfokus, positiv psykologi og resiliens

PSYKOLOGENE SOM SKRIVER i tidsskriftet, fortsetter tendensen fra foregående tiår og presenterer en stadig større bredde av faglige tilnærminger og virkefelt. I egne temanummer dedikeres plass til idrettspsykologi, voldens psykologi, rettspsykologi, helsetjenester på nett og religionspsykologi, for å nevne noe.

Kognitiv terapi gjør seg fortsatt gjeldende blant artikler som publiseres. Finn Magnus Borge et al. (2001) deler i «En kognitiv modell for behandling av sosial fobi: Kliniske erfaringer» denne metoden på en måte som gir leseren en grundig innføring.

Den metakognitive terapimodellen ble utviklet av Adrian Wells på starten av 2000-tallet, og det tok ikke lang tid før norske psykologer plukket den opp. I 2006 skrev Bjarne Hansen og Patrick Vogel en artikkel der de beskriver bruk av metakognitiv terapi ved tvangslidelse, og i årene som fulgte økte modellen i utbredelse blant norske psykologer og forskere.

Men dette var slett ikke den eneste teoretiske nyvinningen som ble presentert i spaltene. I 1998 valgte Martin Seligman positiv psykologi som tema for sin presidentperiode i American Psychological Association, og få år senere ser vi at psykologer i Norge har funnet inspirasjon i tilnærmingen hans. I februarutgaven i 2002 stiller Sven Svebak spørsmålet om det er blitt «Tid for positiv psykologi?», og i 2005 kom et temanummer om positiv psykologi.

I starten av det nye årtusenet kan det altså virke som at norske psykologer er preget av mestringsfokus og optimisme. Positiv psykologi og løsningsfokusert terapi opptar en god del av spalteplassen. Et eksempel finner vi i Asbjørn Kolseths artikkel fra 2001, «Fra mirakler til muligheter – løsningsfokusede tilnærminger i et sykdomsorientert system». Her redegjør han for de Shazers tilnærming, inkludert begrep som problem- og løsningsfokusede samtaler. Kolseth fremhever at løsningsfokusert terapi kan være et nyttig supplement og korrektiv i et patologifokusede system. Alle var derimot ikke like entusiastiske. Helge Holgersen (2000) trekker frem de Shazers utgangspunkt om at ord har en magisk kraft som skaper virkeligheten og forestillingen om at vi kan endre virkeligheten gjennom hvilket språk vi bruker. Holgersen hevder at terapeuter som tvholder på dette, kan risikere å ikke lytte til det pasienten sier og faktisk ønsker å formidle. Ifølge Holgersen fremstiller de Shazer et ensidig fokus på løsninger og hva pasienten allerede får til, slik som å prøve hjelpe pasienten med et problem gjennom å nekte for at problemet finnes. Han avslutter: «de Shazers 'løsningsfokusede' tilnærming avviker fra det moralske imperativ om å forsøke å forstå og akseptere den andres livsverden som både er lik og forskjellig fra ens egen.» Holgersen får svar fra Jon Siverts (2000), som fremholder at det er mer interessant å se på hvordan løsningsfokusert terapi faktisk praktiseres enn å begi seg ut på akademisk dissekering av de Shazers teoretisering. Siverts presiserer videre at løsningsfokusede terapeuter ikke er ensidig opptatt av hva som

har gått bra, men at de også er empatisk lyttende og genuint nysgjerrige. Det er ingen tvil om at svært mange psykologer lot seg inspirere av den løsningsfokuserte tilnærmingen rundt årtusenskiftet.

Hvis løsningsfokus og optimisme kan sies å prege psykologene i denne perioden, kan forskning på beskyttelsesfaktorer heller enn risikofaktorer synes å passe godt inn i tidsånden. Resiliensfeltet var i sin spede begynnelse på 2000-tallet, selv om forskningsgrunnlaget kan spores tilbake til 50-tallet. Anne Inger Helmen Borge var en pioner på fagområdet her til lands, og i 2003 gir hun tidsskriftets lesere en introduksjon i «Hva er resiliens?». Hun påpeker at de aller fleste studier på det tidspunktet var rettet mot å avdekke mulige risikofaktorer og sammenhengen mellom problemer og plager. I artikkelen konkluderer hun at det er et empirisk spørsmål om vi i størst grad burde forebygge risikofaktorer eller fremme beskyttelsesfaktorer, da dette alltid vil være et prioriteringsspørsmål. Et overordnet felles prosjekt til løsningsterapi og resilienstradisjonen er å gå bort fra den rådende medisinske sykdomsmodellen og patogenese (hvordan sykdom oppstår) til salutogenese (hva som forårsaker velvære eller god helse).

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) er en psykoterapeutisk metode som opprinnelig ble utviklet av den britiske psykiateren Anthony Bateman og den ungarskfødte britiske psykiateren Peter Fonagy i London i 1990-årene. I Norge ble metoden tatt i bruk fra rundt 2008. Samme år publiserer Eivind Normann-Eide og Tone Normann-Eide en artikkel om mentaliseringsbasert terapi i *Psykologtidsskriftet*. Gjennom et klinisk kasus illustrerer forfatterne hvordan kombinasjonen individual- og gruppeterapi kan demonstrere en god vekselvirkning i pasientens arbeid med å få bedre kontakt med følelsene sine. Forfatterne gjennomgår kort det teoretiske grunnlaget, og redegjør for mentaliseringsbegrepet, som omhandler vår evne til å forstå og tolke menneskelig atferd. Utrygge oppvekstvilkår kan sette mentaliseringsevnen på spill, og bidra til at den voksne i større grad kommer i tilstander der den indre og ytre verden oppleves som helt like (psykisk ekvivalens), eller der den indre og ytre fysiske realiteten blir helt frakoplet (forestillingsmodus). Svikt i mentalisering kan på ulike måter gjøre at forholdet til andre mennesker og følelsesre-

guleringen, blir vanskelig. Samtidig går MBT bredere ut og inkluderer hvordan vi eksplisitt forholder oss til følelser, som alltid er knyttet sammen med gamle og nåværende relasjoner. Flere helseforetak opprettet etter hvert såkalte MBT-team som primært ga behandlingstilbud for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, en lidelse som erfaringsvis kunne være utfordrende å behandle. I dag har det kommet enda flere MBT-team som er del av et større nettverk og et aktivt forskningsmiljø.

Oppsummert er tiåret preget av en rekke positive, løsningsorienterte, fremoverlente og manualbaserte tilnærminger. Spørsmålet om hvordan psykologen skal orientere seg i floraen, melder seg raskt. I 2002 skriver Hanne Oddli og Peder Kjøs om integrativ terapi i artikkelen «Å velge i et mangfold av terapimodeller – momenter til en interpersonlig integrering av terapi». Som respons til mangfoldet av muligheter i terapifeltet, poengterer Oddli og Kjøs behovet for strategier eller systemer for å velge metode eller forståelsesrammer. De beskriver flere tilnærminger. I *teknisk eklektisisme* velges teknikker basert på forskning på ulike intervensjoner med spesifiserte indiksjonsområder. Disse kan være løsrevet fra sitt teoretiske utgangspunkt. I *teoretisk integrasjon* er målet å utvikle en integrert metamodel som kan forklare *hvorfor* ulike teknikker er virksomme. En tredje tilnærming angår *fellesfaktorer* – virksomme faktorer på tvers av terapiretninger. Eksempler er allianse mellom klient og terapeut og korrigerende emosjonell erfaring. Målet blir å operasjonalisere fellesfaktorene til den grad at de kan integreres i en terapimodell og utnyttes mer effektivt. Videre redegjør Oddli og Kjøs for en postmoderne kritikk av modernistiske integrasjonsprosjekter. En postmoderne integrasjon vil i større grad være en interpersonlig prosess. Dette inkluderer å ta høyde for pasientens individuelle karakteristikk, og terapeutens forråd av teknikker, tanker om endring og kliniske. Til slutt går Oddli og Kjøs inn på hvilke typer postmoderne fellesskap som kan være nyttige for å kvalitetssikre psykologfaglig utvikling og praksis. Basert på forskning på hva som kjennetegner effektive terapeuter, ønsker de seg «et diskusjonsmiljø som er utfordrende nok til at vi holder oss i bevegelse, men samtidig støttende nok til at vi kan våge å handle selvstendig og å prøve nye tilnærminger».



HANNE ODDLI OG PEDER KJØS

poengterer behovet for strategier når man skal velge i metoder og forståelsesrammer. Foto: UiO og Per Halvorsen

2010-TALLET:

Barnet i familien, kreativ modelltenkning, og aktuell psykoanalyse



TINE NORDGREEN etablerte eMeistringsklinikken ved Haukeland sykehus i 2012.
Foto: Nora Skjerdingsstad

Til glede for nye lesere

- Dynamisk psykoterapi med ungdom av Anders Zachrisson (2018)

Les teksten på nett:



PÅ 2010-TALLET BLIR det utgitt en rekke sentrale artikler om psykologfaglig arbeid med barn, hvorav flere om familierapi og megling ved samlivsbrudd. Odd Arne Tjersland og Wenke Gulbrandsen publiserer i 2010 «Mekling ved samlivsbrudd: oversikt over modeller og ideologi». Fra 1970-tallet av ble det mer vanlig å skille seg. Mekling vokste frem som en avlastning for rettsvesenet og ut fra bekymring for at partene gikk fra hverandre uten å snakke om samarbeidet om barn. I de første meklingsmodellene så man først og fremst på håndtering av økonomiske og praktiske hensyn. Relasjonelle samspill mellom partene og hvordan barnet hadde det i prosessen fikk mer oppmerksomhet etter hvert og terapeutiske modeller ble innarbeidet i meklingen.

Peder Kjøs, Ole Jacob Madsen og Odd Arne Tjersland trekker trådene videre i 2015-artikkelen «Barnets beste» i mekling ved samlivsbrudd». De gjør en diskursanalyse av mekling i skilsmisssaker kjennetegnet av høyt konfliktnivå, og undersøker hvordan partene forstår og omtaler begrepet barnets beste som er nedfelt i Lov om barn og foreldre (barneloven). Et karakteristisk mønster forskerne observerer i høykonfliktsaker, er at far og mor posisjonerer seg som parten som er opptatt av barnets beste, den andre blir fremstilt som mer motivert av egeninteresse og økonomiske hensyn. Forfatterne mener at diskusjonene om «barnets beste» er et abstrakt ideal som stort sett øker konfliktnivået heller enn å bidra til at foreldrene kan forenes om de beste løsningene.

Circle of Security (COS) blir introdusert i tidsskriftets spalter, en metode som har som mål å styrke tilknytning mellom barn og deres nære omsorgspersoner. Blant annet skriver Linn Synnøve Berntsen og Helge Holgersen entusiastisk om terapeuters erfaringer med personlig og profesjonell endring etter opplæring i foreldreveiledning i COS (Berntsen & Holgersen, 2015).

I 2014 kommer Dag Øystein Nordanger og Hanne Cecilie Braarud med artikkelen «Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi». De redegjør for det nevrobiologiske grunnlaget for hva som skjer når vi overveldes av følelser, ofte frykt, og vår evne til å regulere oss selv mer eller mindre hensiktsmessig. Forfatterne gjennomgår hvordan hjernen setter i gang kroppens «fight-or-flight»-respons, eller alternativt «play dead». Nordanger og Braarud knytter de tre responsene opp mot begrepene hyperaktivering og hypoaktivering, som beskriver tilstanden når vi er henholdsvis under og over vårt toleransevindu. Å være *innen* toleransevinduet er optimalt for læring, utforskning, lek og kontakt med andre mennesker. Nordanger og Braarud beskriver hvordan evnen til regulering kan svikte ved posttraumatisk stresslidelse. En traumatisk hendelse kan være så sterk og overveldende at forbindelsene mellom de fryktaktiverende og regulerende delene av hjernen blir svekket. Viktige implikasjoner forfatterne trekker frem, er at personer



**DAG ØYSTEIN
NORDANGER** er
medforfatter på
en av de mest
leste tekstene vi
har. Foto: Nora
Skjerdingsstad

som jobber med voksne med omfattende reguleringsvansker må være kjent med sine egne sårbarheter og jobbe i et system som tar høyde for at dette er krevende arbeid. Artikkelen er blant de desidert mest leste av Psykologtidsskriftets publiseringer, og står på pensumlisten til blant annet master i helse- og sosialfag, videreutdanningen psykisk helsepedagogikk, vernepleier-, og politiutdanningen.

Mindfulness hadde begynt å gjøre sin entre mellom tidsskriftets permer det foregående tiåret, men søk på Psykologtidsskriftets nettsider viser at antall artikler om temaet nådde en topp på 2010-tallet. For eksempel gjorde Vidar Rømme og Tor Erik Nysæter en litteraturgjennomgang basert på 21 studier skrevet om mindfulnessbasert behandling for psykoselidelser. Gitt at psykotiske tilstander er kjennetegnet av større eller mindre grad av virkelighetsbrist, antas mindfulness som nyttig for å få en distanse til forstyrrende tanker og perseptuelle opplevelser. Forfatterne konkluderer med at mindfulnessbaserte intervensjoner kan bidra til å redusere symptomer og gi mer tilfredshet i hverdagen for pasienter med psykoselidelser. Ingen studier rapporterte om skadelige effekter.

Tidlig på 2010-tallet var nettbaserte behandlingstjenester langt mindre kjent enn i dag. I artikkelen «Veiledet selvhjelp ved depresjon» av Torkil Berge og Arne Repål (2012) presenterer forfatterne en psykologfaglig kontekst relatert til tematikken. I løpet av det foregående tiåret hadde Psykologisk fakultet i Bergen innledet forskning på utvikling, behandlingseffekt og implementering av digitale helsetjenes-

ter for psykiske lidelser. I 2012 etablerte Tine Nordgreen eMeistring-klinikken ved Haukeland Sykehus, og i 2015 publiserer Nordgreen, Gerhard Andersson og Odd E. Havik artikkelen «Veiledet internettbehandling for mild og moderat depresjon: En pilotstudie for norske psykologer» i tidsskriftet.

I 2001 fikk lisensierte psykologspesialister vedtakskompetanse for tvang i psykisk helsevern, og ti år etter publiserer Didrik Heggdal en artikkel om basal eksponeringsterapi (BET) (2011). BET kom som et kjærkomment tilfang til psykologer som arbeider med de alvorligste psykiske lidelsene, hvor pasientene ofte ikke profitterer på annen psykoterapeutisk behandling og ofte blir satt under tvang.

Her har medikamentell tvangsbehandling blitt særlig problematisert, ikke minst av pasientene selv, og BET er primært et medisinfritt behandlingstilbud.

I 2018 publiserer Psykologtidsskriftet to omfangsrike temanummer om psykoanalyse og psykodynamiske behandlingsmodeller, med Anders Fløkøy Landmark, Line Indrevoll Stänicke og Erik Stänicke som gjesteredaktører. Blant artiklene som publiseres i temautgavene er Anders Zachrissons «Dynamisk psykoterapi med ungdom», som behandler sentrale begrep som overføring, motoverføring og motstand i terapi, og viser hvordan det arter seg med ungdom spesielt. Han presiserer at en generell utfordring kan være å etablere en behandlingsrelasjon som tåler de sterke svingninger i motivasjon og følelser som kjennetegner ungdomstiden.

2020: God behandling og medisiners rolle



**JOAR ØVERAAS
HALVORSEN OG
HARALD BÆKKELUND**

gjennomgår evidensgrunnlaget for MDMA-behandling og advarer mot panegyrisk omtale. Foto: Fredrik Solstad / NTB

ET TILBAKEBLIKK PÅ alt psykologer har delt av arbeidsmetoder i Psykologtidsskriftet de siste 50 år, viser et stort faglig engasjement, dedikasjon og kreativitet. På 1970-tallet toger flere terapiretninger enn de dynamiske inn vi ser et rom for integrasjon på den ene siden og heftige debatter på den andre. I tiåret som fulgte, kom psykologisk arbeid med barn tydeligere på kartet. Fra 1990 og de påfølgende to tiårene gir Psykologtidsskriftet innblikk i hvordan faget har bredt seg utover, og temaene som behandles i fagartikler er flere enn det er mulig å oppsummere på noen representativ måte. Artikler om arbeid med flyktninger, nevropsykologi og kognitiv psykologi utgjør en stor del av det som blir publisert. Optimistiske og løsningsorienterte manualbaserte tilnærminger er merkbart til stede fra starten av det nye millenniumet. Circle of Security, basal eksponeringsterapi (BET), terapi på internett og veiledet selvhjelp er blant nyvinninger som dukker opp i spaltene på 2010-tallet, og mindfulness hadde virkelig sin storhetstid målt i antall artikler.

Når det gjelder psykologfaglige arbeidsmetoder, kjennetegnes utvekslingene på 2020-tallet av diskusjoner om hva som er god behandling, og flere diskuterer faren med å bli for knyttet til sin foretrukne metode. Nina Helen Mjøsund et al. (2022) skriver om uheldige virkninger av BET.

I 2021 går den første av prisen «Årets stemme» til Camilla Bärthel Flaaten for kronikken «Ett år med ISTDP – en bekymringsmelding». Her oppsummerer hun sine erfaringer som pasient i intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP). Bärthel Flaaten, som er psykolog og stipendiat ved Oslo universitetssykehus, retter kritikk mot behandlingsforløpet og terapimetoden. Kronikken avfødte en serie med leseverdige innlegg som har tatt debatten videre. I fagessayet «Den omnipotente terapeut og ISTDP-debatten» fra 2022 trekker Helene Amundsen Nissen-Lie og Erik Stänicke (2022) overordnede linjer.

Ellers ser vi at medikamenters plass i behandlingstilbudene blir tematisert på ulike måter. Fem år etter at medisinfri behandling skulle være på plass i psykisk helsevern, viste reportasjen «Må kjempe for medisinfri behandling» (Halvorsen, 2021) at tilbudet fortsatt er kontroversielt. Enkelte fagpersoner beskriver tilbudet som uvitenskapelig, mens noen pasienter opplever å måtte kjempe for å få det tilbudet de ønsker. Diskusjonen om medisinfri behandling er kanskje særlig utfordrende i Norge, som ser ut til å bruke tvang i større grad enn andre land. FN har fremsatt krav til Norge om å redusere omfanget av tvangsbruk i psykisk helsevern. Olav Nyttिंगnes skriver i temanummer om tvang som kom i juni i 2022 et fagessay der han fremhever at fordi ikke alle har effekt av antipsykotika, er det helt nødvendig med fortsatt utvikling av og forskning på medisinfrie alternativer.

Noen studerer medisiner fra et proaktivt perspektiv. Ketaminbehandling bringes på banen av psykolog Ivar Mølmen et al. (2023) og i en litteraturgjennomgang av MDMA-assistert behandling ved PTSD i 2022 konkluderer Ivar Goksøyr og kolleger at resultatene for behandlingsformen er lovende, også ved alvorlige og såkalte behandlingsresistente tilfeller. Samtidig presiserer de at kunnskapsgrunnlaget består av fire studier med små utvalg. I forlengelsen av Goksøyr-artikkelen skriver Joar Øveraas Halvorsen og Harald Bækkelund to debattinnlegg (2021, 2022) som advarer mot ordbruken hos forskere som angir at MDMA vil «revolusjonere», være en «kur» og et «paradigmeskifte» i behandlingen av PTSD. Til det er forskningsgrunnlaget fortsatt for tynt, slår forfatterne fast. For eksempel har studier så langt vært avgrenset til å sammenligne MDMA-assistert psykoterapi med eksisterende behandlingstilbud (treatment as usual).

REFERANSER

- Berge, T. & Repål, A. (2012). Veiledet selv-hjelp ved depresjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(1), 49–58.
- Berntsen, L. S., & Holgersen, H. (2015). Entusiasme og gjenkjennelse – En kvalitativ studie av profesjonell og personlig endring etter opplæring i foreldreveiledningsmetoden «Circle of Security Parenting DVD». *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(2), 117–125.
- Borge, A. I. H. (2003). Hva er resiliens? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 40(5), 377–378.
- Dyregrov, A. (1983a). Katastrofe psykologi – I. Psykososiale konsekvenser etter katastrofer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 20(3), 136–145.
- Dyregrov, A. (1983b). Katastrofe psykologi – II. Psykososiale konsekvenser etter katastrofer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 20(4), 194–202.
- Dyregrov, A. (1987). Egne reaksjoner som hjelper. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 24(3), 171–173.
- Dyregrov, A. (1993). EMDR – en ny metode for traumebehandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 30(10), 975–981.
- Flaaten, C. B. (2012). Ett år med ISTDP – en bekymringsmelding. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(6), 510–512.
- Goksøy, I., Kvam, T.-M., Lund-Høie, S., & Stewart, L. (2020). Sikkerhet og effekt av 3,4 metamphetamine (MDMA)-assisert psykopoterapi ved post-traumatisk stresslidelse (PTSD) – en systematisk litteraturoversikt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(12), 886–897.
- Grønseth, R. (1975). Ola Raknes til minne. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 12(3), 1–6.
- Halvorsen, J. Ø., & Bækkelund, H. (2021). Ingen revolusjon enda. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(10), 885–889.
- Halvorsen, J. Ø., & Bækkelund, H. (2022). MDMA-assisert psykopoterapi for PTSD: Mellom hype og håp. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(3), 228–231.
- Halvorsen, P. (2021a). Må kjempe for medisinfri behandling. Må kjempe for medisinfri behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(4), 246–254.
- Halvorsen, P. (2021b). Etter katastrofen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(11), 920–926.
- Hansen, B., & Vogel, P. A. (2006). En metakognitiv behandlingsmodell ved tvangslidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43, 7, 708–713.
- Heggdal, D. (2011). På veg til et liv det går an å leve – om basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(4), 344–349.
- Hestad, K., Aukrust, P., Kløve, H. & El-lertsen, B. (1990). Nevropsykologiske forandringer ved HIV infeksjon: En litteraturoversikt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 27(9), 641–650.
- Holgersen, H. (2001). Løsningsfiksering og samtaler om følelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 38(1), 37–38.
- Holgersen, H. (2020). «Always look on the bright side of life» – En vurdering av Steve de Shazers løsningsfokuserte terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 37(7), 637–641.
- Johnsen, B.H. & Hugdahl, K. (1990). Hemisfærisk asymmetri: Læring og emosjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 27(5), 323–329.
- Jon C. Laberg. (1980). Referat fra årsmøtet i Norsk Forening for Klinisk og Eksperimentell Hypnose. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 17(1), 607–608.
- Kjøp, P., Madsen, O.J. & Tjersland, O.A. (2015). «Barnets beste» i mekling ved samlivsbrudd. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(7), 570–579.
- Kolseth, A. (2001). Fra mirakler til muligheter – løsningsfokuserte tilnærminger i et sykdomsorientert system. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 38(9), 812–820.
- Laberg, J.C. (1980). Referat fra årsmøtet i Norsk Forening for Klinisk og Eksperimentell Hypnose. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 17(12), 607–608.
- Lundervold, A.J. & Mathisen, G.E. (1998). En modellbasert kartlegging av kognitiv egnethet for bilkjøring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 35(10), 960–968.
- Midsand, N.E. (1989). Tre kommunikasjonsnivåer hos barn i psykopoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 26(6), 370–390.
- Mjøsund, N. H., Strand, M., Nettet, E., Røysland-Sundhagen, M., & Fosse, R. (2022). Når behandling gjør vondt verre – erfaringer fra basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(12), 1092–1103.
- Monsen, J.T. (1996a). Affektens rolle i psykopoterapeutisk teori og teknikk I: Hvordan har en fokusert på følelser innen atferdsterapi, kognitiv, humanistisk/eksistensiell og psykodynamisk psykopoterapi? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 33(9), 867–877.
- Monsen, J.T. (1996b). Affektens rolle i psykopoterapeutisk teori og teknikk II: Om selvutvikling og mangelfull integrasjon av følelser – noen implikasjoner for psykopoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 33(10), 952–960.
- Mølmen, I. F., Andersen, K. A. A., Stewart, L. H., & Castberg, I. (2023). Ketaminassistert psykopoterapi for depresjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(2), 89–95.
- Nielsen, G. (1989). Anvendelse av hypnose i korttidspsykopoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 17(1), 111–118.
- Nissen-Lie, H., & Stänicke, E. (2022). Den omnipotente terapeut og ISTDP-debatten: Hva lærte vi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(11), 1013–1021.
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(7), 530–536.
- Nordgren T., Andersson, G. & Havik, O.E. (2015). Veiledet internettbehandling for mild og moderat depresjon: En pilotstudie. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(8), 646–654.
- Normann-Eide, E., & Normann-Eide T. (2008). Et påtrengende fravær av følelser – mentalisering og kombinasjonsbehandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(11), 1412–1415.
- Nyttingnes, O. (2022). Når antipsykotika ikke fungerer, og konfliktene rundt tvang. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(6), 468–473.
- Oddli, H. W., & Kjøp, P. (2002). Å velge i et mangfold av terapimodeller: Momenter til en interpersonlig integrering av terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 39(5), 403–410.
- Paulsen, N. S. & Lie, A. K. (2016). Forskningsetikk på dagsordenen – debattene bak de etiske komiteene. *Tidsskrift for Den norske legeforsking*, 136(20), 1739–1743. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0636>
- Reichelt, S. & Sveaass, N. (1994a). Når «glimrende» spørsmål gir uforsståelige svar. En utforskning av to familierapeuters møte med flyktningefamilier i et sosialkonstruksjonistisk perspektiv Del I. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 31(7), 609–619.

- Reichelt, S. & Sveaass, N. (1994b). Når «glimrende» spørsmål gir uforståelige svar. En utforskning av to familietereapeuters møte med flyktningefamilier i et sosialkonstruksjonistisk perspektiv Del II. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 31(8), 663–670.
- Reichelt, S. (1974). Hvordan best utvide operant atferdsterapi? Kommunikasjonsteori som supplerende perspektiv. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 11(3), 2–16.
- Reinvang, I. (1997). Klinisk Nevropsykologi: status og utfordringer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 34(4), 290–296.
- Rund, B.R., Landrø, N.I., Ørbeck, A.L. & Nysveen, G. (1991) Analyser av kognitiv fungering hos psykotiske pasienter basert på en informasjonsbearbeidingsmodell. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 28(8), 697–705.
- Rømme, V., & Nysæter, T. E. (2017). Mindfullness for pasienter med psykose – en litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(6), 538–545.
- Schanke, A-K., Sundet, K. & Andersson, S (1997). Kognitiv egnethet for bilkjøring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 34(1), 31–23.
- Siverts, J. (2000). «Not always look at the bright sight of life» – En kommentar til Helge Holgersens vurdering av Steve de Shazers løsningsfokuserede terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 37(11), 1035–1036.
- Skard, Å. G. (1974). Harald Schjelderup – Vår første store psykolog. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 11(9), 1–4.
- Skard, Å. G. (1980). Har vi oppdaga barna? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 17(1), 483–491.
- Svebak, S. (2002). Tid for positiv psykologi? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 39(2), 97–98.
- Sørbotten, G. (1980). Bruk av forestillingsbilder i hypnoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 17(9), 439–441.
- Tjersland, O.A. & Gulbrandsen, W. (2010). Mekling ved samlivsbrudd: oversikt over modeller og ideologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(8), 692–700.
- von der Lippe, A. & Hartmann, E. (1974) Psykologisk behandling av psykisk utviklingshemmede. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 11(4), 1.
- Winje, D. (1981). Hypnose og psykoanalyse: En drøfting av Freuds og ortodoks psykoanalytisk argumentasjon mot hypnose som terapeutisk virkemiddel. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 18(5), 241–248.
- Wormnes, B. (1980). Hypnose i korttidsterapi – et kasuistisk eksempel. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 17(1), 179–183.

Hvordan best utvide operant atferdsterapi?

Kommunikasjonsteori som supplerende perspektiv

DEN OPERANTE TRADISJONEN innenfor læringsteori og atferdsterapi er den som klarer har formulert et syn som er alternativt til psykoanalysen mht. hvorfor vi handler som vi gjør. Den har også utviklet teknikker til forandring av atferd som er en direkte følge av dette synet (se f.eks. Ullman & Krasner, 1969). Meget forenklet kan en si at den klassiske tradisjonen innenfor læringspsykologi primært er individ-sentrert. Individet har ervervet uhensiktsmessige betingete reaksjoner, som terapeuten med sine teknikker sikter på å avbetinge. Grunnprinsippet er det samme som i tradisjonell psykodynamisk orientert tenkning, at det er noe *inne* i individet som må forandres.

Den operante tradisjonen er primært opp-tatt av individet i samspill med miljøet. Atferd opprettholdes av forsterkende faktorer i individets miljø, og det er først og fremst disse faktorene som må forandres hvis individet skal forandres. Atferd defineres her som all aktivitet som kan observeres av en selv eller andre.

«Indre» atferd – som tanker og følelser – er imidlertid langt mindre tilgjengelig for presis forsterkning enn ytre, og forandringen er vanskeligere å evaluere. En har derfor i stor utstrekning basert seg på å arbeide med synlig atferd. Grunnprinsippet i operant tenkning er at organismens aktivitet i forhold til omgivelsene er kontrollert av aktivitetens tidligere konsekvenser. Organismen opererer i omgivelsene på en måte som påvirker disse, og de forandrede omgivelser virker igjen tilbake på organismen. Et sentralt begrep er *forsterkningsbetingelser* (contingencies of reinforcement) – de faktorer som utløser og følger etter den atferd en vil forandre.

Det er disse faktorene som kontrollerer atferd, «normal» så vel som «syk». Enhver atferd kan sees som «normal» ut fra den situasjon den forekommer i, og vil forandres når forsterkningsbetingelsene forandres.

Begrepet forsterkning defineres operasjonelt som den konsekvens en atferd har og som påvirker atferdens framtidige sannsynlighet.

Ut fra dette blir en nitid analyse av problematferd og dens forsterkningsbetingelser en nødvendig forutsetning for å skape forandring. Her er det grunn til å understreke et punkt som ikke alle som opptar seg med atferdsterapi er tilstrekkelig oppmerksom på:

Alternativ atferd, dvs. atferd som kan erstatte problematferd, må analyseres like omhyggelig som problematferd, slik at en *samtidig som* en fjerner positiv forsterkning fra en atferd, kan overføre den til en mer hensiktsmessig atferd (se videre drøfting av dette spørsmålet senere i teksten).

Forandring skjer ved at forsterkningsbetingelser arrangeres og rearrangeres slik at uønsket atferd ikke forsterkes, mens ønsket atferd forsterkes.

Dette paradigmaet er velegnet til systematisk evaluering av hva som skjer når en går inn for å forandre menneskelig atferd. Det vi gjør, formuleres konsekvent i empirisk verifiserbar terminologi. Begreper som bevissthet, holdninger, selvpoppfatning, innsikt etc. har for en stor del vært avvist som metafysiske, i den forstand at de ikke er tilgjengelige for måling. Vi erverver oss kunnskap om atferd ved systematiske studier av hvordan forandringer i individets miljø virker på atferd. Dette har vært fruktbart på den måten at en har ervervet mye kunnskap

TEKST Sissel Reichelt

MERKNAD Denne teksten ble først publisert i TnPf nr. 3, 1974, og omfattes ikke av åpen tilgang-lisens.





SISSEL REICHELTS

presenterer en eklektisisme som søker å bygge bro i stridighetene på 70-tallet. Hun viser behovet for å hente elementer fra flere orienteringer. Foto: Per Olav Bjørnstad

om hvordan målbare forsterkningsbetingelser virker på målbar atferd. Imidlertid har det vært rettet mye kritikk mot denne tilnærmingen fordi den innebærer at mindre målbare aspekter vel mellommenneskelige interaksjoner ikke registreres.

Hvis vi leser de nyeste oversiktsartikler over den operante tradisjonen, vil vi se at denne kritikken formuleres klart også av tradisjonens ivrigste forkjempere. Krasner (1971) hevder f.eks. som et av hovedpunktene i sin artikkel at operante teknikker når de brukes i atferdsterapi, ikke er «rene» i den forstand at en bare benytter seg av klart definerte forsterknings-teknikker «The operant approach with human beings makes use of many of the techniques included in the broader rubric of behavior influence (such as modeling, experimentator bias, and demand characteristics)».

FORSØK PÅ UTVIDELSE AV DET OPERANTE PARADIGMA UT FRA ANDRE EMPIRISKE OMRÅDER

Operant atferdsterapi konsentrerer seg om konkrete beskrivelser av hva organismen gjør, og unngår teoretiske forklaringer. En fokuserer hele tiden på hva som skjer, ikke på hvorfor det skjer. Erkjennelsen av at en trenger «noe i tillegg» til de operante grunnprinsipper, har derfor ført til en sterk opptatthet av hva andre grener av den vitenskapelige psykologi har å tilby av konkret kunnskap om påvirkningsfaktorer. Flere som tar utgangspunkt i operant atferdsterapi, har derfor nærmet seg tradisjonell sosialpsykologi og kognitiv psykologi.

En har opptatt seg lite med de forklaringsvariabler og teoretiske stridsspørsmål som er sentrale i disse disiplinene, men nærmet seg eksperimentene ut fra hva de gir av data. F.eks. har en vært mye opptatt av hva sosialpsykologien har å bidra med av kunnskap om påvirkningsfaktorer i terapeut/pasient-forholdet, som status, varme, erfaring, krav. Ut fra kognitiv psykologi har en f.eks. trukket inn forskning om hvilken rolle bevissthet spiller i en læringssituasjon.¹

Et karakteristisk forsøk på å sette operant atferdsterapi inn i en videre sammenheng ved

.....

1. For en nærmere redegjørelse for disse spørsmålene, se Bandura (1969), og en rekke artikler i to sentrale håndbøker – Franks (1969) og Bergin & Garfield (1971).

å trekke inn sosialpsykologi, blir gjort av Patterson (1969). Han har sosial læring som overordnet begrep og definerer dette på følgende måte: «The loosely organized body of literature dealing with the changes in learning, or performance, which characterize social interaction.». Det sentrale i sosial læringsteori er ifølge Patterson hvordan en persons atferd kan forandre en annen persons atferd, og kunnskap om dette hentes fra 1) sosialpsykologi (han tar særlig for seg studier av overtalesestetnikker, konformitet, modell-læring), 2) operant læringspsykologi (laboratiestudier av forsterkningsprinsipper). Etter å ha gått igjennom oversikter over den litteraturen som er opptatt av en slik tilnærming til utvidelse av operant atferdsterapi, har jeg inntrykk av at det fortsatt er langt fram før denne type forskning får noen praktisk betydning for klinikere.

For kort å summere det som ser ut til å være karakteristisk for dagens situasjon:

1. En erkjenner at en i praksis overskrider det operante paradigma i selv det enkleste læringsforsøk, og at denne overskridelsen hittil ikke har vært viet tilstrekkelig oppmerksomhet i atferdsterapeutisk forskning.
2. En søker å utvide paradigmet ved å tilføre kunnskap fra andre disipliner i psykologien, særlig sosialpsykologi og kognitiv psykologi.
3. Avstanden mellom empirisk validert kunnskap om forandring og det en foretar seg når en i praksis driver atferdsterapi, er stor. Selv om en benytter seg av den kunnskap som finnes, må en praktisk arbeidende psykolog fortsatt i stor utstrekning basere seg på «klinisk dyktighet», personlige egenskaper og andre lite spesifiserte faktorer i sitt forhold til klienten.

Denne avstanden mellom validert kunnskap og det en nødvendigvis må foreta seg i praksis, har fått en del atferdsterapeuter til å tvile på det fruktbare i å stille så nitide krav til empirisk validering som en gjør innenfor den behavioristiske tradisjon. Den mest kjente av dem er Lazarus (1971) som erklærer at det nå først og fremst gjelder å finne fram til, benytte seg av og så langt som mulig spesifisere virksomme teknikker. Så får en heller håpe at den dag kommer da det en gjør, kan integreres i et noenlunde enhetlig teoretisk system, og spesifiseres på en slik måte at det blir mulig å validere det empirisk.

Ut fra de nevnte begrensninger i den behavioristisk/empiriske tilnærming har vi vært spesielt opptatt av å vurdere muligheter for en utvidelse av operant atferdsterapi med utgangspunkt i *teori*. Vårt spørsmål er om *nærliggende teoretiske systemer* kan bidra til at fenomener som foreløpig vanskelig kan analyseres ut fra operante grunnprinsipper, kan analyseres på måter som skaper nye fruktbare arbeidshypoteser. Når en leser atferdsterapeutisk og sosialpsykologisk litteratur med dette for øyet, er det særlig en gruppe slike fenomener som er iøynefallende. De er beskrevet ut fra forskjellige referanserammer, og ulike forklaringsvariabler er brukt. Vi skal først ta for oss noen eksempler på disse fenomenene, og senere forsøke å begrunne hvordan de kan beskrives innenfor operant tenkning.

Enkelt kan fenomenene beskrives slik: En del mennesker ser ikke ut til å ønske å forandre seg selv om det «lønner seg for dem», de «stritter imot» forandringsagentens iherdige bestrebelser. En finner det i så enkle situasjoner som betingning av blunkerefleks, der enkelte individer tydelig hemmer blunkeimpulsen. Enda sterkere slår det ut i betingning av mer komplekse fenomener, som f.eks. av verbal atferd. I overtalelsesforsøk er det åpenbart; illustrerende her er et par uttalelser fra Zimbardo & Ebbesen (1969), side 19: Bevissthet om «someone's intention to manipulate your behavior is often sufficient to render the influence attempt ineffectual – even when the goal is to your benefit». Og videre - «refutation of the persuasive arguments through counter arguments is central resistance mechanisms.»

Innenfor all psykoterapi er fenomenet velkjent, og kalles gjerne «motstand», eller en bruker betegnelser som «compliant» og «negativistic». En rekke undersøkelser ut fra ulike tradisjoner belyser også fenomenet. En serie forsøk på å anvende psykoanalytisk tenkning innen læringspsykologi, er interessante i denne sammenheng. De er utført av Timmons & Noblin (referert av Murray & Jacobsen, 1971). Ut fra at orale karaktertyper ifølge freudiansk teori er «compliant» og anale karaktertyper «negativistic», brukte en Blacky-testen til å velge ut en «oral» og en «anal» gruppe. En fant først at «orale» lettere lot seg betinge i et verbalbetingingsforsøk enn «anale». I et senere forsøk fant en at «orale» øket reaksjonshyppighet ved positive utsagn som «fint», og

minsket reaksjonshyppighet ved negative utsagn som «nei».

Det var derimot et helt motsatt mønster i den «anale» gruppen. Her minsket reaksjonshyppigheten på positive utsagn og økte på negative utsagn. Patterson (1969) er opptatt av at relativt mange barn (25–45 %) ikke synes å reagere på sosiale forsterkere, og likedan at en del barn ikke imiterer modeller selv om det «lønner seg» for dem – iallfall ikke når modellen er til stede. Han innfører begrepet «negative set» for å forklare dette, og spør seg selv om det kan være slik at avvikende barn har særlig negative «sets».

Ut fra den sosialpsykologiske empiriske tradisjon vil en angripe disse problemene ved å maksimere et gunstig terapeut/pasient-forhold. En kan også benytte seg av tradisjonelt negative sosiale reaksjoner der en ser at dette virker mest effektivt. Videre kan en bruke materieII forsterkning heller enn sosial en periode, og håpe på at dette senere vil gjøre det mulig å benytte sosial forsterkning.

Ut fra tradisjonelle terapeutiske tilnærminger har en et rikt register av teknikker som virker ved denne type fenomener, som tolkning av motstand (psykoanalyse), «joining the resistance» (Nelson, 1967), «la pasienten velge om han vil forandre seg eller ikke» (Greenwald, 1973).

FORSØK PÅ UTVIDELSE AV DET OPERANTE PARADIGMA GJENNOM TEORI

For vårt formål – å utvide atferdsterapiens teoretiske grunnlag og samtidig beholde en noenlunde enhetlig teoretisk referanseramme – er imidlertid tilnærminger som er beskrevet av kommunikasjonsorienterte terapeuter og forskere mer relevante (Haley, 1963; Watzlawich et al., 1967; Weakland et al., 1972. Se også Murray & Jacobsen, 1971.)

Vi husker Pattersons def. av sosial læring som «atferdsforandring som forekommer som en funksjon av forsterkningsbetingelser som kjennetegner sosial interaksjon». I denne sammenheng er det viktig å peke på at Weakland et al. benytter så godt som de samme ordene i sin formulering av hvilke faktorer en må rette oppmerksomheten mot når en ut fra en kommunikasjonsorientert tilnærming skal forandre atferd. Også de grunnleggende premisser for forståelse av atferd er de samme. «Patologi» konseptualiseres som interaksjonsproblemer, »

oppretholdt av atferd hos «pasient» og hans miljø i dag. Forandrer en denne problemoppretholdende atferd, vil problemet løses eller forsvinne, uansett type problem, opprinnelse eller varighet. Det første en må gjøre er å spesifisere og konkretisere problemet, og så må en finne hvilke interaksjonsmessige faktorer som virker forsterkende.

På dette punkt ser vi det første avviket fra sosial læringsteori. *Mens sosial læringsteori (ST) fokuserer på spesifikke atferdskonsekvensheter, velger kommunikasjonsteori (KT) å fokusere på mer overordnede aspekter ved interaksjonstrategier og mønstre.* Typisk spør en hvordan miljøet har forsøkt å løse problemet, og regner med at nettopp den strategien som har vært brukt, fører til motstrategi hos klienten (f.eks. symptom), og at det patologiske interaksjonsmønsteret derved opprettholdes. Dette må forstås i lys av et grunnleggende premiss innenfor KT, at enhver interaksjon karakteriseres ved at partene definerer forholdet til hverandre samtidig som interaksjonen har et konkret innhold. Forhold kan enten være symmetriske eller komplementære², og en av forutsetningene for et relativt konfliktfritt forhold er at partene aksepterer hverandres definisjon – det være seg av et symmetrisk eller et komplementært forhold. En annen forutsetning er at en i et forhold kan veksle mellom symmetriske og komplementære interaksjoner.

Et karakteristisk trekk ved konfliktfylte forhold er at partene er saklig (innholdsmessig) enige, men uenige i hverandres definisjon av forholdet. F.eks. kan mor og barn være enige i at det er rimelig at barnet skal rydde opp etter seg, men barnet protesterer allikevel vilt når mor ber det om å gjøre det. I dette tilfelle definerer mor forholdet komplementært - «jeg bestemmer når du skal rydde» - mens barnet definerer det symmetrisk - «jeg bestemmer selv når jeg vil rydde». En enkel uenighet som denne kan være utgangspunkt for en kjedereaksjon, der kamp om kontroll blir mer og mer sentralt. Hvis forholdet stivner til i en slik kamp som en ikke klarer å komme seg ut av, vil en kalle det destruktivt eller patologisk. Ut fra denne tenkningen ser en på symptomer som nyttige strategier i patologiske forhold, fordi symptomer kontrollerer forhold uten at den som kontrollerer, «kan noe for det». Omgivelsene blir tvunget til å ta hensyn, til å underordne seg.

Denne høyst forenklede fremstilling av et par grunnpremiss innenfor KT, er ment som en illustrasjon av hvordan begrepet forsterkning blir utvidet dersom en bruker en slik referanseramme. Innenfor ST vil en fokusere på en forsterkningsfaktors *innhold* (smil, oppmerksomhet, klapp på kinnet etc.), men i denne utvidelsen vil det *relasjonsdefinerende* aspekt ved interaksjonen bli vel så sentralt. En kan selvsagt diskutere hvorvidt det å ta med relasjonsaspektet innebærer en *reell* utvidelse av operant atferdsterapi. Så lenge begrepet forsterkning er operasjonelt definert betyr dette at alt som virker forsterkende, rommes i det, også relasjonsfaktorens forsterkende virkning. Vår oppfatning er at den operasjonelle definisjonen blir uinteressant hvis den presses i en slik retning.

Sirkulariteten stenger for en teoretisk utvidelse som kan bety fokusering på faktorer som ikke gir seg selv ut fra den vanlige operante tenkning.

.....

2. **Symmetriske** interaksjoner karakteriseres ved at partene oppfatter hverandre som likeverdige, og minimaliserer forskjeller som måtte oppstå, «Jeg er like sterk som deg, svak som deg, trassig som deg» etc. **Komplementære** interaksjoner karakteriseres ved at partene oppfatter hverandre som forskjellige i status, og at denne forskjellen maksimeres. Den ene parten kan f.eks. være dominerende, mens den andre kan være underkastende,

Ved utelukkende å definere forsterkning operasjonelt kan en derfor komme til å forhindre utvikling av nyttige terapeutiske teknikker. Et annet vesentlig poeng er at relasjonsfaktorer er på et annet nivå enn forsterkningsfaktorer. De bestemmer hvilken *retning* en forsterkningsfaktors innhold virker i, om den blir positiv eller negativ. Ut fra dette kan en se på relasjonsaspektet som *overordnet*.

Vi synes derfor det er både pragmatisk nyttig og teoretisk rimelig å oppfatte en kombinasjon av ST og KT som en reell utvidelse. Men det kan godt tenkes at ST etter hvert vil utvikle seg dit at den ivaretar relasjonsaspektene på en mer tilfredsstillende måte.

Disse faktorene blir sentrale når det gjelder synet på hva slags intervensjoner som skaper forandring. Innen KT har en liten tro på direkte tilnærminger som støtte, overtalelse, oppmuntring, råd etc. fordi en regner med at dette vil være en del av omgivelsenes strategi overfor en person med problemer, og som derfor allerede vil være møtt med motstrategier. Klienten vil være fastlåst i et mønster der det å kontrollere omgivelsene gjennom motstand mot forandringsforsøk, er dominerende, og dette vil ramme terapeuten hvis han kommer inn i samme mønster. Den terapeutiske oppgaven blir primært å bryte mønsteret, og dette skjer mest effektivt ved at klientens strategier blir gjort ubrukbare, slik at han må foreta seg noe annet. Hvis det ser ut som om klienten tviholder på sin depresjon mens hans nærmeste støtter og oppmuntrer så godt de kan, vil man undre seg over at klienten ikke er enda mer deprimert i en slik livssituasjon. Fremstiller klienten problemene som totalt uløselige, vil man være helt enig i dette, og insistere på at det eneste en kan hjelpe med, er å leve med dem noe bedre. (Denne taktikken er beskrevet innenfor andre terapeutiske referanserammer under forskjellige navn og forskjellige teoretiske rasjonaler, og regnes som nyttig fordi den hjelper klienten til å få fram flere sider ved situasjon og derved klargjøre og strukturere terapeutiske problemstillinger. Se f.eks. Larsen, 1972.)

Den mest karakteristiske intervensjon som springer ut av KT tenkning, er imidlertid «forenskrivning av symptomatisk atferd». Denne teknikken har to klare implikasjoner både når det gjelder å bryte et uheldig interaksjonsmønster, og å forandre plagsomme symptomer:

1. Symptomet kan ikke brukes til å kontrollere terapeuten, som tar kontroll over det ved selv å oppmuntre det. Gis instruksjonen f.eks. i en familiesammenheng, kan symptomet ikke lenger brukes til å kontrollere familien med.
2. Å gjøre noe involuntært vil nødvendigvis skape forandring. Uansett om forandringen går i positiv eller negativ retning, vil den bety at klienten opplever at han selv kan gjøre noe for å påvirke symptomet, og ikke lenger er passiv og hjelpeløs i forhold til det.

Vi skal nå se på de tidligere omtalte «motstandsfenomener» i lys av dette. Ut fra KT vil en si at «motstand» skapes ved at klienten benytter seg av de samme strategier for å motarbeide forandring som de bruker i andre mellommenneskelige relasjoner. Terapeuten bestreber seg på å definere forholdet komplementært med seg selv i topp-posisjon (jfr. «one upmanship». Haley, 1963). Klienten bestreber seg på å definere det symmetrisk, eller komplementært med seg selv i topp-posisjon. På denne måten blir partenes definisjon av seg selv og relasjonen forskjellig. P.g.a. særegne faktorer i den terapeutiske situasjon vil terapeuten ut fra dette definere klienten som «en med motstand».

Vi skal videre illustrere dette ved å gi en annen tolkning på Pattersons refleksjoner enn hans begrep «negative set». Når han registrerer at mange avvikende barn i liten grad reagerer på «sosial forsterkning», betyr dette «positiv oppmerksomhet fra voksne». Ut fra KT vil en nærliggende hypotese være at barnet opplever de voksnes «forsterkning» av positiv atferd som et forsøk på å definere forholdet dit at «det er hyggelig at du handler slik som vi ønsker» - altså komplementært. Hvis barnets strategi er å definere forholdet symmetrisk, vil dette selv sagt ikke ha noen positiv virkning. Ut fra en slik analyse kan en møte barnet med 1) så indirekte og «usynlig» forsterkning at barnet ikke klart registrerer at det forsterkes, slik at relasjonsaspektet ikke blir så dominerende, 2) oppfordring til problematferd, slik at denne ikke lenger kan brukes til å definere forholdet.

I tilknytning til dette må en på samme måte som i operant atferdsterapi fokusere på alternativ atferd – det kan være destruktivt å fjerne en strategi uten å gi muligheter for nye. »

Her er vi ved et av de mest omstridte spørsmål ved terapiformer som er rettet mot å fjerne symptomer, nemlig om nye symptomer vil komme til å erstatte de gamle (symptomsubstituering). Uten å ta opp denne diskusjonen i sin fulle bredde kan det være nyttig med noen kommentarer.

Ut fra operant tenkning ser en, som tidligere nevnt, på symptomer som opprettholdt av ytre forsterkningsbetingelser. De har en funksjon i individets samspill med sitt miljø, individet *oppnår* noe med dem. Hvis en fjerner et symptom, har en ingen garanti for at individet overlatt til seg selv vil finne en mer hensiktsmessig måte å handle på. Særlig gjelder dette for mennesker som Bandura (1961) kaller under-sosialiserte, mennesker som ikke har tilegnet seg de ferdigheter som kreves i forhold til sitt miljø. Her er det helt nødvendig å bygge opp hensiktsmessige handlingsmønstre, samtidig som en fjerner de uhensiktsmessige. Ofte finner en også at mennesker som for så vidt har tilegnet seg hensiktsmessige handlingsalternativer, får lite forsterkning på disse i sitt miljø. Her kan det være nødvendig å gripe inn i miljøet, slik at «problempersonen» blir sikret positiv forsterkning på å oppføre seg annerledes.

Vi ser at en innenfor operant tenkning er fullt oppmerksom på at «nye symptomer kan dukke fram». Dette tilskrives imidlertid andre faktorer enn dem som er fremherskende innenfor tradisjonell psykodynamisk teori.

Vi synes at det tas for lite hensyn til disse problemene i KT, iallfall i den korttidsterapi som er beskrevet av Weakland et al. (1972); der virker det som om en regner med at nye og konstruktive strategier dukker fram av seg selv.

Heller ikke må en ta for gitt at et komplementært forhold med foreldre på topp er gunstig for barnet i enhver situasjon. En må sammen med familien vurdere hvem som skal bestemme hva over hvem, og lokalisere muligheter for utvikling av symmetriske interaksjoner og interaksjoner der barnet får definere interaksjonen komplementært.

PRAKTISKE IMPLIKASJONER

I en undersøkelse der vi har prøvet ut bruk av atferdsterapeutiske teknikker i daginstitusjoner for barn (Eriksen & Berggrav, 1973), har vi bestrebet oss på å analysere interaksjonene ut fra et KT-perspektiv *i tillegg til* ST. Dette betyr at vi i analyse av forsterkningsbetingel-

ser har vurdert «kontroll over situasjonen» på linje med tradisjonelle forsterkningsbetingelser som «sosial oppmerksomhet». Ut fra denne analysen har vi innført følgende typer intervensjoner som skiller seg fra dem en finner i tradisjonell operant atferdsterapi: I situasjoner der interaksjoner kjennetegnes ved kamp om kontroll³, har vi:

1. Unngått ros og annen direkte sosial forsterkning fra voksne hvis vi ikke har vært trygg på at den kunne gis på en så diskret måte at barna ikke registrerte den. F.eks. klapp på kinnet «i forbifarten», et kort nikk, et svakt «grynt», oppmerksomhet til hele gruppen hvis problempersonen viser alternativ gruppeatferd.
2. Innført en tosidighet i bruk av «time-out» - «du kan skrike så mye du vil i garderoben, og komme inn igjen når du har bestemt deg for å slutte med det».

Ut fra KT blir det sentrale ved denne intervensjonen at den voksne ikke «tar all makten». Forholdet defineres dit at «jeg er den som bestemmer at du skal gå ut, men du er den som bestemmer når du skal tilbake igjen». En holder derved muligheten for symmetriske interaksjoner åpen, på tross av at dette er en klar komplementær interaksjon. Her er det et helt sentralt poeng at det å komme inn igjen ikke må «forsterkes positivt», det bør knapt registreres.

3. Gått inn for verbalt å tillate moderat problematferd etter at den er oppstått. Dette har særlig vært brukt når det dreier seg om en serie problematferd, der det har vært urealistisk konsekvent å stoppe hvert utslag.
4. Direkte oppfordret til problematferd - «rot så mye du vil» - «sett i gang med bråk». Hvis personalet har vært redd for konsekvensene av dette, har vi gitt dem en konsekvens i beredskap - «bråk så mye du vil, men du må være forberedt på at vi kan komme til å sette deg ut».

Vi skal illustrere disse prinsippene ved et par eksempler fra barnehageundersøkelsen:

.....

3. Dette er ikke noen enkel vurdering. Foreløpig baserer vi den på et skjønnsmessig grunnlag, men vi håper å komme tilbake til mer eksplisitte kriterier, og en mer utførlig diskusjon av problemene.

Eksempel:

6-årige Kari opptrådte meget provoserende overfor førskolelæreren. Hun overhørte de fleste oppfordringer, hvis hun ikke åpent nektet å etterkomme dem. Hun brøt de fleste av de regler som fantes. Dette forekom oftest i strukturerte situasjoner som samlingsstund og beskjeftige/se, og hun høstet mye oppmerksomhet og beundring fra de andre barna i gruppen. I løpet av observasjonstiden ble det observert 90 provokasjoner av denne typen. I 87 av situasjonene «vant» hun, dvs. læreren trakk seg og lot som om hun overså henne, mens Kari smilte triumferende til de andre. Ut fra analysen av interaksjonen mellom Kari og lærerinnen ble det ansett som vesentlig å gi lærerinnen hjelp til å ta kontroll over denne atferden, og en vurderte maktkampelementet som sentralt.

Følgende fremgangsmåte ble brukt:

1. Eksplisitt tillatelse av mindre provoserende atferd (pkt. 3). Hvis f.eks. Kari tok en ting som ikke spilte særlig rolle fra bordet til førskolelæreren, skulle hun ta kontroll over provokasjonen ved å si: «Vær så god, Kari, det er helt i orden at du låner den tusjen.»
2. «Time-out» ved sterkt provoserende atferd (pkt. 2). Dette ble i første omgang begrenset til samlingsstunden, hvor læreren syntes at situasjonen var vanskeligst å mestre. Det ble introdusert ved at læreren før samlingen laget en avtale med Kari: «For å være med på samlingen, må man være rolig. Hvis du vil være urolig, kan du være det på gangen og komme inn igjen når du bestemmer deg for å være rolig ... Det ble poengtert at teknikken skulle formidles minst mulig som straff, og at time-out konsekvent skulle gjennomføres når grensen for uro ble brutt, dvs. når læreren selv opplevde uroen som forstyrrende. Dessuten ble samlingsstiden skåret ned til maksimum 20 min.

Eksempel II:

Overfor 5-årige Bjørn ble en kombinasjon av pkt. 2 og 4 brukt. Han var i den senere tid blitt stadig mer sur, mutt og negativ. Han geipet til alle henvendelser, uansett om det dreide seg om forslag til aktiviteter, kommentarer eller irettesettelser. Han saboterte fellesaktiviteter, enten ved å nekte å delta eller ved å bråke. Han ødela for de andre når de lekte, sperret sklia, rev ned duk-

kestua etc. Også her ble problemet i første rekke oppfattet som en maktkamp, der Bjørn fikk mye sosial oppmerksomhet og forsterkning på å være den som kontrollerte relasjonene.

Følgende fremgangsmåte ble brukt:

1. Time-out.

Om morgenen når Bjørn kom, skulle personalet lage følgende avtale med ham: «Vi synes det har vært lite hyggelig i barnehagen i det siste, med all skjenningen og masingen. Fra i dag av har vi bestemt oss for å slutte å mase og heller gjøre noe annet. Vi skjønner at du synes det er morsomt å bråke, og å gjøre det motsatte av det vi sier. Derfor skal du få lov til å fortsette med det. Men når du gjør det, kommer en av oss til å ta deg ut i garderoben i 5 min. og være sammen med deg der. Det er ikke sikkert vi kommer til å gjøre det hver gang, men når det passer for oss, kommer vi til å gjøre det. Du kan få bråke så mye du vil, men bare vær klar over at det kan bety at du må være 5 min. i garderoben.»

Som det fremgår av avtalen, tar personalet kontroll over problematferden ved å tillate den, samtidig som de fratrukk den en sentral forsterkningsfaktor, nemlig sosial oppmerksomhet. For å unngå at Bjørn igjen tar kontroll ved å forlange å bli tatt ut i ett sett, definerer de selv premissene for når det skal skje, og binder seg derved ikke til en avtale de ikke makter å gjennomføre. 5 min. alene med en av personalet, som ifølge avtalen ikke skal vise ham oppmerksomhet i garderoben, bare evt. holde ham fast hvis han river ned klær eller prøver å løpe ut, ble antatt å være en lite attraktiv situasjon for Bjørn.

2. Oppmuntring av symptomatisk atferd, kombinert med forsterkning av alternativ atferd.

Dette illustreres best ved et par eksempler:

a) Bjørn sperret momentant sklia hver gang han hørte at en av de andre ble bedt om å flytte seg slik at alle kunne få skli.

B: «Nå sperrer jeg sklia. Ha-ha, nå kan ingen andre skli!»

P: «Fint, Bjørn. Fortsett med det. Pass godt på at ingen får skli nedenfor deg heller.»

b) Bjørn setter gjentatte ganger opp en høy, kunstig latter slik at samlingen må avbrytes.

P: «Du klarer å le høyt du, Bjørn. Nå tar vi oss en pause, og ser så om du klarer å le enda høyere.»



I den utstrekning personalet hadde overskudd til det, skulle de ta kontroll over atferden på denne måten og ha time-out i bakhand hvis Bjørn i stedet for å dempe seg fant på nye ting. Det ble poengtert at personalet ikke måtte komme med oppfordringer de ikke kunne ta konsekvensen av.

Det er klart at en slik intervensjonsform kan være hard overfor et barn, og det ble sterkt framhevet at målet ikke var å berøve Bjørn enhver mulighet for å hevde seg sosialt. Personalet skulle være oppmerksom på andre områder hvor Bjørn kunne hevde seg på en mer adekvat måte, f.eks. i gymnastikk o.l. (Positiv registrering i form av smil og nikk var i høyeste grad kontraindisert når det gjaldt Bjørn.) Bjørn var for øvrig en sterk og robust gutt, med mange muligheter for å hevde seg positivt.

En teknikk som vi ikke brukte i barneha-geundersøkelsen, men som vel er den vi har hatt mest glede av i foreldrearbeid, er følgende: Barnet oppfordres til problematferd for at mor eller far skal trene seg i en konsekvent måte å takle det på. Dette formidles med begge partene til stede.

Ut fra KT vi i dette betegnes som en kombinasjon av «foreskriving av symptomatisk atferd» og «redefinering av situasjonen». Problemhandlingen settes i en ny sammenheng. Den var tidligere et maktmiddel, nå representerer den ønsket atferd. Treningsaspektet har dessuten en funksjon ut fra ST – om den paradoksale intervensjonen ikke skulle bryte mønsteret, tjener dette en hensikt i og med at mor får trening i å takle vanskelig atferd konsekvent.

Eksempel III:

9-årige Olav er et meget stort problem for mor, som nylig er separert. Han er meget rastløs, oppmerksomhetskrevende, ertende, plagsom. Knuser møblement, ruter, kommer i konflikt med naboer, uavlatelige voldsomme konflikter med søsken etc. Mor føler at hun ikke har noe å stille opp mot ham, en vanlig utgang på en svær konfliktsituasjon er at hun begynner å gråte.

Vi arbeidet en periode med vanlige atferds-terapeutiske tiltak ut fra operant tenkning. Satte klare grenser, arrangerte og reorganiserte forsterkningsbetingelser slik at det mest mulig skulle lønne seg for ham å oppføre seg skikkelig. Dette gikk bra en periode, han ble mye roligere, selv om han hadde en uttalt tendens til å finne

på noe nytt når en problematferd var fjernet. Så kom mor en dag og var helt desperat. Hele dagen gikk fint, men nå hadde han funnet på å lage lurveleven mellom kl. 22 og 24, og alle kontrolltiltak ble møtt med stigende bråk. Naboene klaget, og mor var redd for utkastelse.

På dette tidspunkt vurderte vi kontrollproblematikk som helt vesentlig. Olav gjør det han kan for å ta kontroll, og må stoppes i det. Forsterkere i vanlig forstand (materielle og sosiale) ser ikke ut til å bety så mye for ham som de å kontrollere relasjonen. Ut fra KT vil en si at en slik kontrollkamp ikke kan løses innenfor systemets ramme. Den enes atferd påvirker den andres, slik at antall mulige reaksjoner blir begrenset. Begge parter er like fastlåst i sine reaksjoner, og mønsteret er så gjennomtrengende at forsøksvise strategier fra en av partene for å løse det ikke fører fram. En slik situasjon kan best løses ved hjelp av en utenforstående som retter intervensjonen mot *mønsteret* i interaksjonen.

Mens vi en time diskuterte situasjonen med mor og Olav, fortalte mor følgende: Hun hadde en kveld i desperasjon lagt seg opp på ham med all sin vekt, holdt hånden for munnen hans, og holdt armene hans. Dette ble fortalt med tydelig dårlig samvittighet over slik brutalitet, men da vi spurte hvordan det gikk, smilte hun fornøyd og sa at han falt til i ro. Det viste seg at Olav syntes at dette var i orden.

Vi oppfordret da mor til å trene seg i å bruke metoden: «Vi forstår at det er vanskelig for deg å være så hard, men tror du ikke det går hvis du trener deg opp?» Samtidig oppfordret vi Olav til å oppføre seg ekstra umulig hver kveld så mor fikk trent skikkelig. Olav sa da spontant at han ikke ville gjøre det når vi ba om det.

Vi sa at vi naturligvis ikke kunne presse ham, men oppfordret innstendig til samarbeid. Bråket om kveldene ble umiddelbart slutt. Et par problematferder dukket opp etterpå, men de ble løst ved en kombinasjon av negative konsekvenser og denne type intervensjon som ytterste konsekvens. Familien har nå hatt det fredelig i 3 mnd. Olavs lettelse over mors muligheter for total kontroll var påfallende.

Vi vil beskrive det som skjedde slik at bråkingen om kveldene mistet sin strategiske funksjon for Olav. Han benyttet den som en strategi for å definere forholdet til mor, slik at han hadde kontroll, og intervensjonen førte til at

den ble definert slik at mor oppnådde kontroll hvis han utførte den.

Tillating av problematferd og oppfordring til problematferd kan minne om to læringsteknikker – henholdsvis *metning* og *Premacks prinsipp*. Vi oppfatter KT som en mer tilfredsstillende teoretisk referanseramme fordi en

- a) behøver ikke postulere «behov som mettes»,
- b) slipper å forklare hvorfor den høyfrekvente atferd som brukes som forsterker av lavfrekvent atferd, slettes ut (Premack).
- c) får tak i flere nyanser av hva menneskelig interaksjon innebærer.

Vår erfaring er at det er teoretisk tilfredsstillende og praktisk nyttig å analysere problem-situasjoner og å intervensere ut fra en kombinasjon av ST og KT. Barnehageprosjektet viste også at intervensjoner foretatt ut fra en KT-analyse var effektive, og like lett å konkretisere og validere empirisk som intervensjoner foretatt ut fra en ST-analyse.

SAMMENFATNING

Det er blitt tatt utgangspunkt i den etter hvert aksepterte erkjennelse at operant atferdsterapi må utvides forbli et nyttig arbeids- og forskningsredskap. Det er blitt vist hvordan en innenfor tradisjonen er opptatt av å supplere den med data hentet fra andre grener av psykologien, særlig fra sosialpsykologi og kognitiv psykologi.

Selv har vi særlig vært opptatt av muligheter for teoretisk utvidelse, og den betydning dette vil få for praksis. Vi har redegjort for hvorfor vi mener at kommunikasjonsteori er et nyttig supplement til sosial læringsteori og til operant atferdsterapi. Det er blitt stilt spørsmål ved hvorvidt en bør snakke om en teoretisk *utvidelse*, og konkludert med at dette på det nåværende utviklingstrinn av sosial læringsteori er rimelig og hensiktsmessig. Endelig har vi belyst de teoretiske utvidelser ved eksempler fra praksis. Gjennom dette har vi forsøkt å påvise det hensiktsmessige ved å benytte en kombinasjon av de to analyseformer og de derav følgende intervensjoner. Her er dette kasuistisk fremstilt, og vi håper senere å komme med en mer systematisk beskrivelse. ✕

LITTERATURLISTE

- Bandura, A.: Psychotherapy as learning process. *Psychological Bulletin*, 1961, 58, 143–159.
- Bandura, A.: Principles of behavior modification. N. V.: Holt, Rinehart & Winston, 1969.
- Berggrav, M. & Eriksen, P.: Konsultasjon basert på atferdsmodifikasjon i det naturlige miljø. Hovedoppgave til embetseksamen i psykologi, Universitetet i Oslo, 1973.
- Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Ed.): Handbook of psychotherapy and behavior change. N. V.: Wiley, 1971.
- Franks, C. (Ed.): Behavior therapy: Appraisal and status. McGraw-Hill, 1969.
- Greenwald, H. (Ed.): Active psychotherapy. N. V.: Atherton, 1967.
- Greenwald, H.: Decision therapy. Peter Wyder, 1973.
- Haley, J.: Strategies of psychotherapy. N. V.: Grune & Stratton, 1963.
- Krasner, L.: The operant approach in behavior therapy. I Bergin & Garfield, 1971, s. 612–652.
- Larsen, E.: Valget, et strategisk og terapeutisk virkemiddel i psykoterapi. Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Oslo 1972.
- Lazarus, A.: Behavior therapy and beyond. McGraw-Hill, 1971.
- Murray, B. J. & Jacobsen, L. I.: The nature of learning in traditional and behavioral psychotherapy. I Bergin & Garfield, 1971, s. 709–750.
- Nelson, M. C.: Effect of paradigmatic techniques on the psychic economy of border-line patients. I Greenwald, 1967, s. 63–89.
- Patterson, G. R.: Behavioral techniques based upon social learning. I Franks, 1969, s. 341–374.
- Ullman, L. P. & Krasner, L.: psychological approach to abnormal behavior. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1969.
- Watzlawich, P., Beavin, J. H., Jackson D. D.: Pragmatics of human communication. N. V.: W. W. Norton, 1967.
- Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawich, P., Bodin, A.: Brief Psychotherapy. Upublisert artikkel, 1972.
- Zimbardo, P. & Ebbesen, E. S.: Influencing attitudes and changing behavior. Addison-Wesley, 1969.

Egne reaksjoner som hjelper

TEKST Atle Dyregrov

MERKNAD Denne teksten ble først publisert i TnPf nr. 3, 1987, og omfattes ikke av åpen tilgang-lisens

DET HAR VÆRT vanskelig å velge form for denne betraktningen. Jeg startet ut med 'man' og 'en', men har gradvis erkjent at jeg vil bruke 'jeg' og 'vi'. Det er inntrykk, tanker og følelser jeg har lett etter ord for å beskrive. I en av sine bøker beskriver George Orwell avstanden fra en følelse, via tankene omkring denne følelsen, frem til de ord som du velger for å formidle den til et annet menneske. I tillegg kommer den forståelsesramme det andre mennesket setter disse ordene inn i. Jeg har vanligvis hatt lett for å finne ord, men denne gang har jeg vært bekymret for ikke å makte å formidle det jeg har på hjertet. Jeg har fryktet kollegers dom, og jeg har fryktet for å bli latterliggjort for det jeg skriver.

Uttrykket 'John Wayne syndromet' har vært benyttet om utrykningspersonell (politi-, ambulanse-, brann- og Røde Kors-personell) for å beskrive en tøff, distansert, upåvirkelig holdning til arbeidet, en holdning som lett kan hindre mannskaper i å samtale om de følelsesmessige belastninger de måtte oppleve i jobben («sterke gutter gråter ikke»). Jeg har blitt overbevist om at dette delvis er en myte, etter at jeg i ulike sammenhenger har møtt mange grupper innsatspersonell. Men mer og mer opplever jeg at vi selv som terapeuter og hjelpere preges av 'John Wayne syndromet'. Vi er fantastiske til å hjelpe andre, men til dels hjelpeløse til å hjelpe oss selv.

Jeg har spurt meg selv gjentatte ganger: På hvilken måte tar vi vare på oss selv og våre kolleger? Hvem støtter oss? Hvem påkaller vi når

vi opplever hjelpeløshet, fortvilelse og sorg? Er vi villig til å dele slike opplevelser? Er vi i stand til å be andre om støtte eller hjelp i en slik situasjon, eller har vi ingen skuldre å gråte på? Og enda mer, er vi i stand til å strekke ut en hjelpende hånd til kolleger som har vært igjennom en vanskelig situasjon eller som trenger støtte?

Det har smertet og forbauset meg å se i hvor liten grad jeg selv har kunnet strekke meg ut å gi støtte og oppmuntring til kolleger som trenger det, hvor redd jeg har vært for å blande meg inn, for å si de gale tingene. Og etterhvert som jeg har forsøkt å observere dette hos kolleger i inn- og utland så tror jeg sett at dette nesten er en yrkessykdom blant oss. Vi er insensitive, kritiske, sårende og til dels umenneskelige overfor mange av våre kolleger. Vi gir lett kritikk og vi lar lett nedsettende ord om kolleger falle. Samtidig er vi så flinke til å lære andre hvordan de skal hjelpe andre, men vi evner ikke praktisere det selv. Vi anbefaler andre å ta vare på eller bygge opp nettverk og støttesystemer, men vi har i liten grad bygd inn slike sikkerhetsnett for oss selv.

For en tid tilbake deltok jeg på et psykologmøte hvor jeg delte noen av de reaksjoner jeg selv opplevde etter å ha arbeidet med Caledonien-katastrofen. Jeg fortalte kort om tårer som sprenget seg på under hjemreisen fra Kristiansand, og om den overveldelse jeg følte da jeg for første gang fikk tid til å tenke på omfanget av brannen og de lidelser den hadde medført. I tid og omfang var det svært begrenset hva jeg sa. Det som forbauset meg stort var at så mange

av de tilstedeværende etterpå bemerket hvor fint det var at jeg hadde delt mine egne reaksjoner og erfaringer. Både denne episoden og samtaler jeg har hatt med andre psykologer har gjort meg oppmerksom på hvor sjelden vi er i stand til å dele de reaksjoner vi kan oppleve som følge av vårt arbeid. Vi gjemmer bort skuffelsene, opplevelsene av å være hjelpeløse, av ikke å strekke til, av sorg og fortvilelse. Vi er lært opp til at vi skal hankses med enhver situasjon uansett hvor vanskelig den er, og dersom vi selv reagerer, så gjør vi gode miner til slett spill. Det er et paradoks at vi som skal lære andre mennesker å dele slike reaksjoner, er så tilbakeholdne med selv å gjøre det. Kanskje er det fordi vi direkte og indirekte trenes i vår utdannelse til alltid å ha kontroll, alltid å ha et svar rede og være på toppen av enhver situasjon, at vi så motvillig innrømmer for oss selv og andre at vi lar oss merke av de beretninger vi tar imot. Å akseptere slike 'svakheter' blir nederlag og svik mot uuttalte idealer, og mangel på diskusjon av reaksjonene medfører at den enkelte kan sitte tilbake med følelsen av å komme til kort i sitt yrke.

Sjelden har jeg sett artikler som har beskrevet disse sider ved psykologarbeid. Jeg vet med meg selv hvor ofte jeg bruker de vellykkede terapiene som eksempler når jeg underviser, og hvor sjelden jeg deler min frustrasjon over å mislykkes, eller min opplevelse av å 'sitte fast', ikke komme videre osv. Så sjelden setter vi ord på dette, og så sjelden evner vi å ta det opp med kolleger.

Hvor mange av oss har aktivt forsøkt å støtte en kollega hvis pasient har begått selvmord? Hvor mange av oss har ikke levd med intens frykt for at dette skulle skje nettopp oss? Jeg tror ikke jeg er alene med den opplevelsen, med frykten for at telefonen skulle ringe med beskjed om at nå har det skjedd, eller at jeg skulle finne dødsannonse i avisen. Tar vi oss tid til å dele denne frykten, og støtter vi den som har vært så uheldig? Innrømmer vi for oss selv at dette like gjerne kunne hendt oss, eller finner vi rasjonelle grunner for hvorfor det hendte akkurat ham eller henne?

EGNE REAKSJONER I KRISEARBEID

Så følger den delen jeg har kvidd meg mest for å sette på trykk. Jeg vil så gjerne at dette ikke skal oppfattes som et forsøk på å fremheve mine reaksjoner som så spesielt interessante. Når jeg formidler noen av reaksjonene og endringene i

verdier som har funnet sted i meg som følge av arbeid med syke, døende og sørgende mennesker, så er det fordi jeg tror at de fleste av disse reaksjonene er felles for mange som arbeider med mennesker i nød, krise og sorg. I klientarbeid, og kanskje spesielt i arbeid med tilknytning til traumatiske livskriser, opplever vi at vi taper deler av oss selv. Ikke minst blir det vanskelig å opprettholde den illusjon av usårbarhet som vi lever på. Det er vanskelig å tro at ting bare kan skje andre, og ikke meg selv. Jo mer vi identifiserer oss med de mennesker vi samtaler med, jo mer sorg kan vi selv oppleve. Jeg opplever at det er umulig å arbeide etter et profesjonelt distansert forhold til kriserammede. Det er nødvendig at vi kan uttrykke, analysere og reflektere over vårt eget forhold til døden og vår egen sårbarhet, for å være andre til hjelp. Og vi er avhengig av å kunne sette oss i andres sted for å forstå den situasjon som andre er i. I mitt arbeid i familier som har mistet et barn har jeg mange ganger fryktet for at det var min Silje eller Sturla som det hadde hendt noe med. Ved møtet av en utrykningsbil på vei hjem fra jobben har jeg tenkt; «Er det en av mine?». Dette er reaksjoner som jeg vet jeg har felles med mange som arbeider i og utenfor sykehus. Frykten og uroen for at noe skal skje med våre kjære bærer vi med oss i hverdagen. Noen ganger nært og sterkt, andre ganger mer fjernt. Styrken ligger ikke i å skyve unna og utvikle en profesjonell distanse, men å kunne oppnå en personlig innsikt som gjør at en våger å erkjenne denne redselen og samtale med andre om den. Blant sykepleiere og leger dannes det støttegrupper for at de i lengden bedre skal takle de reaksjoner de opplever som følge av sitt arbeid. På hvilken måte bygger vår yrkesgruppe opp støtte for hverandre for å takle de skjebner vi møter i vårt praktiske virke? Etter at jeg begynte å arbeide med kriserammede mennesker skjedde det en endring i holdninger og verdier i meg. På mange måter var disse endringene lik de som de kriserammede selv fortalte om. Visse sider ved tilværelsen ble mer viktige enn andre, ikke minst forholdet til familien og de nære ting. Jeg ble mer var på hva jeg hadde å miste og mer glad for det jeg hadde. Noen ganger ble hele tilværelsen opplevd mer intens enn jeg hadde opplevd den tidligere. Samtidig kunne mange ting som andre syntes var viktige, fortone seg som bagateller for meg. Jeg kunne lett irriteres over



ATLE DYREGROV

legger ikke skjul på at det er krevende å arbeide med traumeutsatte og deler av personlige erfaringer. Foto: SE Fotografi



å høre på det jeg opplevde som 'tomme' samtaler i festlig lag, der en heftet seg ved uvesentlige sider ved tilværelsen. Noen ganger føltes sider ved venner og kollegers liv og arbeid så uendelig uviktig og trivielt i forhold til det arbeid jeg selv utførte, selv om det ikke var slik.

Disse endringer har nok vært synlig for omgivelsene også. I de første årene etter jeg begynte med sorgarbeid fikk jeg regelmessig høre bemerkningen «du er blitt så alvorlig». Og det var sikkert riktig. Det er vanskelig å la være å være alvorlig når du har møtt en familie i dyp sorg, og du samme kveld sitter i selskap med venner. Etter f.eks. å følge et foreldrepar inn for at de kunne se sitt overkjørte barn etter at det var stelt, og på foreldrenes ønske klippe noen små krøller fra barnets hode som de ønsker å ha, meldte reaksjonen seg sjelden i selve situasjonen, men kanskje på vei hjem, eller om kvelden når jeg kom hjem til mine barn.

Noen ganger oppleves en intens nærhet til andre mennesker, en ærefrykt for den styrke som kan mobiliseres i en krisesituasjon, og en innsikt i livets tilskikkelser som langt overstiger den belastning slikt arbeid innebærer.

Ved høyintensivt arbeid tror jeg det er helt nødvendig at en må lære å motta støtte fra andre. Omsorg blir en gjensidig prosess. Hvis en skal gi, må en også lære å motta. Når jeg blir spurt om hva som har fått meg til å holde ut i slikt krisearbeid, er det tre forhold jeg pleier å trekke frem: 1) Forholdet til ektefelle. Uten forståelse og støtte hjemme og mulighet til å samtale om inntrykk og erfaringer ville det vært umulig å fortsette i dette arbeidet. Samspillvansker eller ektefelle-problemer hjemme ville gjort det svært vanskelig å møte andre menneskers smerte. 2) Muligheten til samtale med kolleger og medarbeidere. Ikke alltid slik at jeg benyttet denne muligheten, men å vite at jeg hadde kolleger som var villig til å lytte og til å støtte var og er helt uvurderlig. 3) Muligheten til å sette ord på erfaringer. Det er ikke tilfeldig at mye av det som er skrevet om utbrenningsreaksjoner er skrevet av personell som ha jobbet på kriseområdet. For meg har det vært svært nyttig å kunne snakke for andre grupper om hvordan de kan ta vare på seg selv. Dette har gitt meg anledning til å sette ord på egne reaksjoner og har vært til stor hjelp i mitt arbeid.

I arbeidet nært opptil andre menneskers sorg, nød og elendighet vil mange få utfordret sin egen personlige tro. Jeg har stadig blitt minnet om hvor tilfeldig livet kan være, og blitt del i det jeg vil kalle 'overnaturlige hendelser', hendelser jeg ikke kan forklare på en rasjonell måte. Etter at jeg begynte i dette arbeidet har jeg beveget meg fra et klart ateistisk utgangspunkt til et delvis religiøst standpunkt, ikke slik at jeg tror på en personifisert gud, men jeg skjønner at det er så mange ting jeg ikke skjønner eller forstår. Gjennom arbeidet er jeg blitt mye mere åpen for de ting jeg ikke kan forklare eller forstå. Møtet med kriserammede - både troende og ikke-troende - har også gitt meg mer respekt for andre menneskers overbevisning. Ofte har det vært meg som har kjempet for at et foreldrepar skulle beholde sin tro gjennom en periode da de ville forlate den på grunn av det meningsløse de hadde opplevd ved å miste sitt barn.

Jeg tror det er viktig at vi som psykologer i likhet med andre hjelpere er oss bevisst den pris vi betaler for å hjelpe andre, og at vi bedrer den kollegiale støtten. Vi må ta ansvar for å støtte hverandre, for å bry oss, for å våge og strekke ut en hånd, og ikke minst for å motta den støtte som tilbys oss. Dersom vi er i stand til å snakke om våre egne følelser i tilknytning til det arbeid vi utfører, vil vi også kunne veilede, og støtte andre i deres vansker. ✕

Psykologer og reinkarnasjon

En tidlig forløper til «sutredebatten» fra 1990. Arne Haukdal bekymrer seg for at arbeidspresset vil bli for stort om han må behandle flere enn ett liv per pasient.

680 *Speakers' Corner*

Speakers' Corner

En kilde Akademi for drøm og virkelighet

Ad psykologer og reinkarnasjon: Et lite svar til kollega Haukdal.

GRETE & RUNE AMUNDSEN

«Psyken er ikke i nuet»
Carl Gustav Jung

Kollega Arne Haukdal kommer med en spinalrefleks med utgangspunkt i et radiointervju han hadde hørt av undertegnede. Sant og si er jeg glad for respons, – nær sagt likegyldig hvilken type og karakter den har, men innholdet i Haukdal's refleks viser først og fremst at han ikke aner hva han snakker om. Og det er kanskje ikke så rart. Kunnskapstilførsel og faglig dialog om det jeg kaller bevissthetspsykologi er jo omtrent ikke-eksisterende i vårt kollegiale fellesskap. Det er etterhvert også gått opp for meg at det i tillegg eksisterer et tabu for fagfolk, – og kanskje spesielt for psykologer, mot å gå inn i dette feltet. Selv har jeg gjennom årene stanget hodet i ganske mange akademiske og kollegiale «vegger» før jeg fant ut at om en kunnskapsutvikling og dialog på «psykens» egentlige felt skulle finne sted, så måtte det skje utenfor universitetenes og den profesjonelle psykologi sitt domène. Trist.

Jeg kan ikke komme her med en lang avhandling, verken om teori eller praksis innenfor som kalles for «regresjonsterapi» (past-life therapy). Men la meg bare slå fast et par grunnleggende prinsipper. Prinsipper som er helt identisk vanlige og alment aksepterte psykodynamiske terapier. Det er lite med regresjonsterapi forskjellig fra vanlig «radikal» psykodynamisk terapi. (Radikal i denne sammenheng dreier seg om å søke et symptoms «røtter» eller «egge opprinnelse.» Den basale antagelsen om sammenheng mellom symptomer, prosess og forsvarsmekanismer er identisk: Den psykologiske symptomatologi er et signal fra det undertrykte om at noe er galt, og at man gjennom

Tidsskrift for Norsk Psykologforening 27

forsøker å belyse dette. De fortrenge og forvrengte delene av det underbevisste skal bevisstgjøres og de fortrenge følelser erkjennes og aller helst gjennomleves. Altså: Våre velkjente prinsipper om innsikt og katarsis. Freuds opprinnelige formuleringer.

De deler av det underbevisste som tilsynelatende er «tillatt» for psykologer og psykiatere å arbeide med, er fortrenge barndomsminner fra dette livet. Nå er det slik at enten man liker det eller ei, så kommer det fram deler av det underbevisste, kaller det gjerne det jungianske eller kollektivt underbevisste, som ikke helt passer inn i dette mønsteret. Det underbevisste består ikke bare av forrenget seksualitet og aggresjon, – eller fortrenge barndomsminner. Det består av så mye, mye mer. Blant annet fins det et sjikt av det underbevisste hvor «opplevelsen av tidligere liv» er svært viktig og dominerende. Disse «opplevelsene av tidligere liv» knytter seg logisk til mønsteret av følelser og traumer som man sitter med i dette livet. Det har videre vist seg som en klinisk erfaring fra en lang rekke terapeuter som har arbeidet med dette seriøst i mange år, at gjennomlevelsen og bearbeidelsen av disse «tidligere livene» er svært lettende og skal vi si «terapeutiske». Og i motsetning til hva Haukdal synes å mene, er dette en meget rask form for terapi. Slik behandling gir av og til, – når klientens prosess ellers er moden og sunn, forbløffende og rask symptomatologisk bedring. Like ofte er framgangen mer langsiktig og myksomkelig fordi en mer grunnleggende karaktermessig ubalanse må bearbeides over lengre tid. Og da som regel med «vanlig samtalebehandling».

«vanlig samtalebehandling» om «opplevelsen av

Speakers' Corner

Psykologer og reinkarnasjon.

ARNE HAUKDAL

Stavanger

I radioens «Ukeslutt» 2.6.90 får jeg høre om en reinkarnasjonskongress i Sogn og Fjordane. En dame står fram og forteller at hennes angst for åpne plasser forsvinner da hun via såkalt regresjonsterapi får bevissthet om at hun i sitt tidligere liv, i Middelalderen, var plassert i en gapestokk til åpen spott og spe. Psykolog Rune Amundsen følger opp som troende reinkarnert med et eksempel fra egen praksis: En kvinnes uforklarlige magesmerter forsvinner da det viser seg at smertene stammer fra en spydspiss som hun har pådratt seg fra et tidligere liv.

Nå er det ikke min mening her å harselere over klienters opplevelser, snarere blir jeg bekymret over min egen framtidige arbeidssituasjon. I min beskjedne deltids privat-

Psykologer og reinkarnasjon II. Nok en spontanytring.

Rune og Grete Amundsen gjør meg i september-utgaven oppmerksom på en refleks jeg sant å si ikke var særlig oppmerksom på, nemlig min spinalrefleks. Nå forandrer nok ikke min nyervervede viten om min aktive bruk av spinalrefleksens så mye på det som i utgangspunktet var et harmløst ærend; Å antyde noen komiske sider av en psykoterapeutisk praksis hvor sjelevandring inngår som en hovedingrediens. Nå vil det ikke være så forferdelig vanskelig å se for seg mer tvilsomme effekter en slik praksis kan ha på individer med en skjør identitet, men altså:

Mitt naive hode forteller meg at når man først har gitt seg reinkarnasjonen og fylogensen i vold, vil det kanskje være mulig med relativt kraftige regresjoner. Eller er det en umulig tanke at man i en slik praksis kan støte på Neadertalk opplevelse? Er det noen som føler seg kompetent til å ta for seg far/sønn-problematikk i Neadertalk-perioden? Ville det i det minste ikke vært passende å introdusere noen tilpassede og hittil ukjente terapeutiske teknikker? Eller er det virkelig lik at det holder med normalt psykodynamisk vett? Er det så mulig å ha «opplevelse av tidligere liv» ært tidlig, fylogenetisk sett? F.eks. tilbake til den tid da vi alle var skapninger i sjøen? Er det mulig å kapitulere en opplevelse av å ha vært fisk? Må vi i tillegg, terapeutisk sett, forholde oss annerledes til «fiske» har? Osv., osv., osv.

Er det dette som er komikken i det hele, og mer var ikke.

ARNE HAUKDAHL

praksis strever jeg ofte sammen med mine klienter etter oversikt og røde tråder i dette livet. Hvis jeg nå i framtiden må sette i gang etterforskning av klienters tidligere liv, er jeg redd arbeidspresset blir for stort og min kompetanse ikke strekker til. Skrekkvisjoner vil være om klienter begynner å utnytte meg på dette området. Sett f.eks. at jeg etter nitidig gjennomgang av en klientens tidligere tilværelse, la oss si datert i Middelalderen, kommer fram til at dette tidligere levde liv, altså i Middelalderen, var aldeles konfliktfritt! Sett så at klienten da straks hevder å ha levd *enda* en tilværelse datert før Middelalderen, f.eks. i Steinalderen, og da må begynne på nytt igjen, med store risiker for at virkelige traumatiske episoder har skjedd i vedkommendes Steinalderliv! (Med min kjennskap til livet i Steinalderen vil jeg ligge tynt an.)

Med tanke på min egen helsetilstand ønsker jeg derfor at mine framtidige klienter ikke gis for stor adgang til disse mulighetene. Jeg håper at slike kongresser avholdes med sjeldenhet, la oss si maksimum 2 ganger hvert hundrede år.

Seksuelle grenseoverskridelser i terapirommet



FOTO: PER HALVORSEN

1970-TALLET

På 1970-tallet er mediebildet langt mer oversiktlig enn i dag. Internett finnes ikke. NRK har bare én radiokanal og én TV-kanal.

En sak verserer i mediene: Den handler om seksuelle grenseoverskridelser mellom en pasient og en terapeut. Saken vekker debatt i Psykologtidsskriftet. Ellers er det begrenset oppmerksomhet om seksuelle grenseoverskridelser.

Erik Larsen (1976) skriver på lederplass at «enkelte viktige spørsmål har fått en avklaring». Det kan se ut som debatten anses som håndtert, selv om det også uttrykkes at det fagetiske ordskiftet med sine ulike problemstillinger må fortsette.

1980-TALLET

Sigrid Sandbergs leder i marsutgaven i 1980 viser til mediasaker der psykologer har innledet forhold til klienter.

Sakene blir omtalt som enkeltstående hendelser som foreningen tar avstand fra, uten at foreningens bidrag i forebygging og håndtering av grenseoverskridelser blir nevnt.

Sandberg informerer imidlertid om at nye fagetiske retningslinjer skal vurderes på det kommende landsmøtet.

1990-TALLET

Gjennom 90-tallet publiseres flere tekster om seksuelle grenseoverskridelser. Dette henger nok sammen med at Psykologforeningens leder måtte gå av i 1992 fordi han hadde hatt seksuelle relasjoner til to klienter.

I 1991 gjennomfører Hanne Haavind (bildet) og Marina Hvistendahl (1992) en spørreundersøkelse om psykologers holdninger til berøring og kroppskontakt mellom behandler og pasient. Konferanser og debatter setter søkelys på overskridelser.

Fagetiske saker presenteres og debatteres, f.eks. asymmetriske maktforhold og hvordan grenseoverskridelser oppstår og kan forebygges.

Til glede for nye lesere

- Psykologi og etikk av Erik Larsen (1976)
- Klientforhold og seksualitet av Sigrid Sandberg (1980)
- Psykologer og fag-etikk av Håkon Ruud (1992)
- Erotisk og ikke-erotisk kroppskontakt og berøring mellom psykologer og deres klienter av Hanne Haavind & Marina Hvistendahl (1992)
- Profesjonell incest? av Kjersti A. Torsdalen (1995)
- «Profesjonell incest»: Om et begrep og problemkomplekset som skal begripes av Haldis Hjort (1995)
- Privatisering og seksualisering av behandlingsrelasjonen av John A. Johansen & Kristin Cordt-Hansen (2006)
- Da #meeto traff psykologforeningen av Per Halvorsen (2022)
- Seksuelle grensekrenkelser i behandlingsrelasjoner av Mette E. Garmannslund & Karsten Hytten (2023)

Les tekstene på nett:



FOTO: WIKIMEDIA

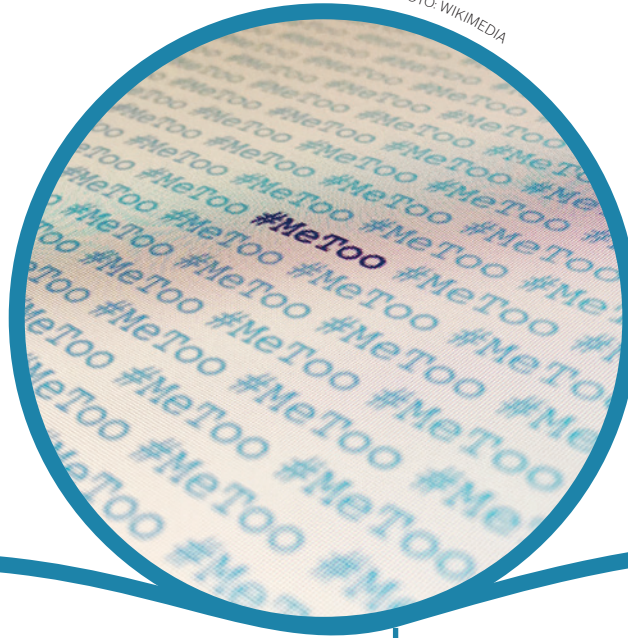


FOTO: RYTS-VEST



2000-TALLET

Et tiår der det er langt mellom tematisering av grenseoverskridelser i spaltene.

En fyldig tekst av Johansen og Cordt-Hansen fra Statens helsetilsyn publiseres i 2006. Teksten viser til sakene som ble avdekket på 80-tallet og undersøkelsen foreningen sendte ut til psykologene i kjølvannet av dem. Teksten er ment som en veileder for den enkelte psykolog, og som et utgangspunkt for samtale mellom kolleger.

2010-TALLET

I perioden 2010–2019 blir ikke seksuelle grenseoverskridelser tematisert i tidsskriftet.

Hvorfor kan vi bare spekulere i, men det var få skandalesaker i mediene generelt.

Det kan være verdt å merke seg at #MeToo gikk viralt fra 2017. Bevegelsen medførte økt oppmerksomhet om de etiske aspektene ved asymmetriske maktrelasjoner.

2020-TALLET

Psykologene kommer på banen igjen etter flere mediasaker. Tekstene i perioden fordømmer handlingene, og fokus rettes mot tiltak for å beskytte pasienter.

Gjennomgangen av tiårene tydeliggjør at privatisering og seksualisering av pasientrelasjonen på ingen måte er en ny eller sjeldent forekommende problemstilling.

I år drøfter Mette Garmannslund (bildet) og Karsten Hytten også sanksjoner og rehabilitering.

Podkastepisode:

Sex og svik i terapi

På 1990-tallet ble det skrevet mange tekster i tidsskriftet som omhandlet overgrep og seksuelle grenseoverskridelser i terapirommet, og det som av noen ble omtalt som profesjonell incest. En rekke saker verserte i media, og Psykologforeningen ble selv rammet av en skandale som førte til at lederen måtte gå av. I tiårene som fulgte, var det imidlertid stille. Frem til nå. MeToo kom kanskje sent til psykologene,

men nå går debatten. Hvorfor fortsetter slike saker å dukke opp? Har erfaringene fra de siste 50 år gjort oss klokere?

I «Sex og svik i terapi» retter vi et kritisk søkelys på psykologenes innsats for å forhindre grenseoverskridelser.



DU FINNER vår podkast på Psykologtidsskriftet.no/podkast

I 1973 endret Psykologforeningens medlemsblad profil og navn, og ble det nye *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Målet med profilendringen var å styrke tidsskriftet som utgiver av fagartikler. Vi ønsker å takke betydningsfulle bidragsytere og vise noen av de viktige bidragene som har blitt delt i våre spalter gjennom disse 50 årene. Vi ønsker velkommen til

1973-2023

50-årsmarkering



FREDAG 20. OKTOBER 2023

Kl. 12:00-17:00 – Deichman Bjørvika, Deichmansalen

Åpning

Første sjefredaktør Ellen Hartmann

Psykologtidsskriftet som arena for norske psykologer
– hva har vi vært opptatt av, og hva har vi fått til?

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams

Panelsamtale: Vi som var med fra starten – innblikk bak kulissene

Inger Hilde Nordhus, Sverre Nielsen og Per Johan Isdahl

Moderator: Heidi Wittrup Djup

Psykologtidsskriftet: Fra bakgrunnshistorie til fremtidsvyer

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams

Panelsamtale: Hvordan vil fremtiden se ut? Sykeliggjøring av
befolkningen, klimakrise og teknologisk diktatur?

Gaute Godager, Yasmin Iqbal og Bjørn Z. Ekelund

Moderator: Heidi Wittrup Djup

Bobler og mingling



S.u. så snart som mulig til e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no.
Begrenset antall plasser, først-til-mølla-prinsippet gjelder.

Med vennlig hilsen

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams

Journalistikken i tidsskriftet

Å bedrive journalistikk er et av utgivers redaksjonelle mål med Psykologtidsskriftet. Og samme år som vi feirer 50-årsjubileum, runder journalistikken 25. Det har vært to og et halvt tiår med historier som har satt spor. Historier som har speilet psykologenes arbeidshverdag, gjort komplisert fagstoff lettere tilgjengelig og som har satt psykologien inn i en samfunnsmessig sammenheng. Men også historier som har tydeliggjort konflikter som gjerne oppstår når utgiver driver interessepolitikk og redaksjonen er forpliktet til å forvalte pressens samfunnsoppdrag. Hvilke historier husker vi best? Her er en smakebit.



Spor etter journalistikk

De har skrevet saker som har skapt glede, sinne og høylytt debatt. Som havnet på Stortinget, i dagspressen, i Pressens Faglige Utvalg. Journalistene i Tidsskriftet har satt spor etter seg.

TEKST: Per Halvorsen

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETs historie handler om mer enn reinspikka akademisk formidling. Da Torkil Berge inntok redaktørstolen i 1997, ønsket han å tilby noe i tillegg til fagartikler og tekster skrevet av psykologer. I mars året etter meldte redaksjonen seg inn i Den Norske Fagpresses Forening og underla seg dermed redaktørplakaten. Redaktørplakaten formaliserer forholdet mellom redaksjon og eier. Den slår fast at sjefredaktøren må dele publikasjonens grunnsyn. Utover det er det hen som bestemmer bladets innhold, profil og redaksjonelle meninger – selv om de står i motstrid til eierens.

KONGE I EGET LAND

Da Psykologtidsskriftet ble en del av fagpressen, forpliktet redaksjonen seg til å holde seg selv i ørene med pressens etiske retningslinjer. Berge sier det innebar en tydeliggjøring av det å være uavhengig av eier.

– Jeg husker jeg synes det var veldig kult å være redaktør. Jeg var litt konge.

Men potensialet for gnisninger var der: Tidsskriftet eies av en fagforening som skal fremme egne interesser. Samtidig skulle et mangfold av stemmer få slippe til, også de som brøt med flertallet i viktige saker. Og hva når medlemmenes interesser stod i motstrid til andre samfunnshensyn? Berge kan imidlertid ikke huske at selvstendigheten ble satt på prøve. Han sier han hadde Psykologforeningen i ryggraden. Siden 1987 hadde han deltatt aktivt i foreningsarbeid, i lokallag og fagutvalg.

– Som redaktør fulgte jeg diskusjonene i sentralstyret, og kjente til premissene for avgjørelsene som ble fattet der.

– *Streifet det deg at du var for tett innvevd i Psykologforeningens strukturer til å kunne forvalte en nøytral redaktørrolle?*

– Jeg husker det ikke på den måten. Jeg var aldri engasjert uenig i politiske saker, og oppfattet uansett ikke at det lå i redaktørrollen å kunne gå i polemikk med eier, sier han.

Han anså det som en av sine viktigste oppgaver å sikre at ulike stemmer fikk plass til å fremme sine erfaringer og synspunkter, og skape gode rammer for debatt.

JORDNÆRT STOFF

Etter en leserundersøkelse ved tusenårsskiftet lovet Berge et tidsskrift som skulle bli flinkere til å belyse områder utenfor tradisjonell klinisk psykologi. Samtidig slo han et slag for mer jordnært stoff, stoff som speilet psykologenes arbeidshverdag.

Han hadde allerede begynt å knytte til seg en ny yrkesgruppe: journalistene. De ble rekruttert blant annet fordi de behersket et mangfold av fortellerteknikker. Berges visjon var at psykologien og psykologlivet også skulle formidles i form av reportasjer, intervjuer og aktualiteter og knyttes nærmere til det samfunnet psykologien var en del av.

– Vi ønsket et blikk utenfra på faget og fagutøverne. Et blikk som også ga brukerne av psykologtjenester en stemme, sier Berge.

Med journalistenes langsomme inntog ved årtusenskiftet var det ikke bare duket for andre kilder og fortellerteknikker, men til tider for et støynivå over gjennomsnittet.

PASIENTSTEMMEN

Nina Strand var den første som ble fast ansatt. Det skjedde i 1999. Før henne hadde en annen journalist vært innom redaksjonen. Men vedkommende forsvant kjapt og lettbeint ut igjen.

Strand var forkjemper for at andre enn fagfolk skulle slippe til i spaltene.





– Det var viktig for oss ikke å glemme hvem helsetjenestene er til for. Pasienten bør ha et ord med i laget, sier hun i dag, drøye fire år etter at hun ble pensjonist.

Med denne holdningen fikk hun i 2018 innpass i en familie der fire av fem medlemmer var rammet av myalgisk encefalomyelitt (ME). ME er en tilstand som ofte skaper ulve-debattaktige fronter i helsevesenet og etterlater den som er rammet, under et teppe av tung skam på grunn av den evige diskusjonen om sykdommens årsak. Strand hadde talløse e-postutvekslinger med familien, som ikke uten videre så seg tjent med å «oute» seg selv. Det endte med at hun trakk fram egne pasienterfaringer:

– Jeg fortalte at jeg selv var plaget med fatigue etter kreftbehandling, og må legge opp livet etter det. Jeg understreket at det bare utgjør en millimeter av det familien erfarte, men at jeg forstod mekanismen godt. Dermed åpnet familien døren.

TVANGEN SOM IKKE VILLE NED

Selv synes hun tvang i psykisk helsevern er noe av det viktigste hun har skrevet om. I 2011 besøkte hun flere behandlingsmiljøer for å undersøke hvordan de jobbet for å redusere bruk av tvang. Hun snakket med behandlere, pasienter og forskere. Så konfronterte hun Psykologforeningen med deres optimistiske utsagn da de fikk rett til å vedta tvang fra 2001: Flere psykologer i psykisk helsevern ville få tvangstallene ned, het det den gang.

– Men ti år etter at psykologene fikk vedtakskompetanse, hadde tallene gått opp heller enn ned. *På tide med selvransakelse*, het kommentaren min. Jeg fikk ikke svar fra Psykologforeningen.

STØNNET FRA KLINIKKEN

Året åpnet hun spaltene for den stigende misnøyen i klinikken med styringsideologien New Public Management (NPM). I reportasjen *Psykologer i skvis* intervjuet hun fire unge psykologer som hadde frontkollidert med et arbeidsliv som var noe helt annet enn de hadde forventet.

Parallellene til dagens strøm av leserinnlegg om arbeidsbelastninger og klinikkflukt er åpenbare. Bare én var villig til å stå fram: Ingeborg S. Lishaugen, som jobbet som vikar ved Drammen DPS og håpet på fast stilling. Også hun var redd for å vise ansikt. Men hun ombestemte seg da hun ble bakkert opp av veilederen sin. I dag er hun fornøyd med at hun var med på å punktere det hun oppfattet som et tabu.

– Jeg håper jeg banet vei for at også andre tør å stå åpent fram og fortelle om rammevilkårene i klinikken, sier hun.

Respsjonen fra leserne var overveldende. Helt inn på Stortinget ga reportasjen gjenklang. Bent Høie, som den gang var leder for Helse- og omsorgskomiteen, brukte de unge psykologenes fortellinger som trampoline da han fra nasjonalforsamlingens talerstol gikk i strupen på den rødgrønne regjeringen, som hadde fjernet «den gylne regel».

PSYKOLOGER PÅ ALLE FLATER

Journalistenes tidsregning i *Psykologtidsskriftet* starter i en tid det var skrint med psykologer i mediene. Sissel Gran, Frode Thuen og etter hvert Kristin Spitznogle var hederlige unntak. Med Opptappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) ble det annerledes. Det ønsket Arne Olav Hageberg å speile da han ble ansatt som den andre journalisten i redaksjonen i 2005, og etablerte spalten *Psykologer i media*.

– I begynnelsen sleit vi med å fylle spalten, men det endret seg raskt.

Hageberg viser oss en graf fra medieovervåker Retriever: Fra begynnelsen av 2000-tallet klatret kurven over





antall saker som inneholdt ordet «psykolog», til nye høyder.

Han forteller at redaksjonen hadde et pedagogisk formål med spalten:

- Mange fryktet nok yrkeskollegers dom hvis de ikke var «flinke» nok i media. Vi ville vise at psykologer var i media, at faget var relevant på mange områder, og at det var fullt mulig å komme godt ut av det om man uttalte seg.

– *Syns du det mangler psykologer i media i dag?*

– I dag er psykologene overalt. Det er nok resultat av en helt annen samfunnsbevissthet om psykisk helse, både i politikken og blant folk flest, enn da vi startet vår spalte for snart 20 år siden. Kanskje har Psykologtidsskriftet medvirket til dette.

PRESTESAKEN

Februarutgaven 2017 brakte med seg noe helt nytt. Det skjedde med dokumentaren *Det store sviket*, kjent som Prestesaken. Navnet fikk den etter glåmdalspresten som i 2007 ble dømt til åtte års fengsel for seksuelt misbruk og vold mot stedatteren.

Tre journalister, to innleide frilansere i tillegg til tidsskriftets egen «gravemaskin» Øystein Helmikstøl, hadde fått tilgang til 2500 sider med politidokumenter: avhør, sakkyndigrapporter og rettsdokumenter. De stilte blant annet spørsmål ved politiets innsats for å sjekke sakens fakta. De problematiserte den

rettsoppnevnte sakkyndiges mandat og rolle i retten og fant sprekker i sakkyndigrapportens kvalitet. Den sakkyndige ble navngitt i reportasjen. Det ble det bråk av.

MELDTE SEG UT

Var dette egentlige noe Psykologtidsskriftet skulle drive med? «Dolke» foreningens medlemmer i ryggen på den måten, slik enkelte oppfattet det?

Mangearig rettssakkyndig Judith van der Weele var en av dem som reagerte. Prestesaken var medvirkende årsak til at hun valgte å melde seg ut av Psykologforeningen.

- Jeg mener Prestesaken var langt over grensen for hva man kan forvente av tidsskriftet til en fagforening. En fagforenings primære oppgave er å jobbe for medlemmenes interesser.

– *Hvordan mener du et redaktørstyrt tidsskrift bør drive fagkritikk overfor personer med makt av et omfang som det her er snakk om?*

– Det er mye ved sakkyndighetsfeltet som ikke fungerer og fortjener kritikk. Men slik kritikk må behandles overordnet og prinsipielt, ikke ved å utlevere enkeltpersoner.

– *At en sakkyndigrapport som i ettertid har fått stryk av flere fagfolk, får være med på å bestemme premissene i en rettssak av dette kaliberet, gir vel større grunn til bekymring enn at psykologen som har skrevet rapporten, ikke skal nevnes ved navn?*

– Kritisk journalistikk er viktig, men en fagforening skal ikke henge ut medlemmer. Når du retter kritikk mot navngitte personer som i dette tilfellet, skaper det utrygghet i fagmiljøet. En utrygghet som man ikke forventer skal spre seg fra egne rekker.

EN MAKTFAKTOR

Daværende sjefredaktør Bjørnar Olsen mener Prestesaken avdekket så alvorlige sider ved sakkyndighetsarbeidet at det var viktig å publisere funnene.

– Når sakkyndige psykologers faglige vurderinger bli premiss for rettsavgjørelser, kan det få store konsekvenser. Når sakkyndighetsarbeidet får



sterk kritikk som i dette tilfellet, er det naturlig for psykologenes fagtidsskrift å skrive om det. Hvilket annet medium har bedre forutsetninger for å gjøre det? spør han retorisk.

– Hvorfor brukte dere navnet og identifiserte den sakkyndige?

– Dette er et dilemma, og en del av en løpende fagetisk vurdering som pressen er forpliktet til å gjøre. Vi er ofte enige om det prinsipielle, men det er i det konkrete vi ser hvordan fagligheten utøves. Når det er enkeltpersoner som forvalter faget og utøver makt, er det noen ganger vanskelig å unngå identifikasjon.

– Du var en drivkraft for mer journalistikk i Psykologtidsskriftet. Hvorfor var det viktig?

– Psykisk helsefeltet angår hver og en av oss. Det har enorm betydning både helsemessig og samfunnsøkonomisk. Men det har i liten grad blitt politisert. Foran stortingsvalget i 2013 brukte vi ett år på å dekke feltet journalistisk, utfordre partilederne til å beskrive sine visjoner for psykisk helse i våre spalter. Alt dette stoffet samlet vi i et spesialnummer vi sendte ut til politiske partier, interesseorganisasjoner, helsebyråkrater og redaksjoner. Jeg tror det bidro til at psykisk helse for første gang ble et sentralt valgkamptema. Jeg vet i hvert fall at en sentral helsepolitiker fortalte at han i våre spalter endelig fikk skrive om et felt han brant for, innlegg som var blitt refusert av debattredaktører i lang tid.

PSYKOLOGKOMPETANSENS GRENSER

Prestesaken fikk et etterspill. I et intervju med Psykologtidsskriftet i mars 2017 tok daværende leder av Den rettsmedisinske kommisjon (DRK), psykiater Randi Rosenqvist, selvkritikk for ikke å ha problematisert sakkyndiges uttalelser om fornærmedes troverdighet, som var sentralt i bevisvurderingen.

Tidligere leder for domstoladministrasjonen, Tor Langbach, er inne på samme problematikk i sin bok *Om rettsmedisin og sakkyndighet*, der han bruker Prestesaken som eksempel på at sakkyndighetsarbeidet kan gå over styr. «Dette handler om å erkjenne grensene for egen fagkompe-

tanse», skrev han i en kronikk i Klassekampen da boka kom ut i 2021.

Også leder i Foreningen for sakkyndige psykologer (FOSAP), Olof Gøttestam, mener Prestesaken pekte på noen sentrale utfordringer i sakkyndighetsarbeidet. Blant annet at den sakkyndige kan få uforholdsmessig stor innflytelse på rettens avgjørelse.

– Sakkyndige skal i utgangspunktet kun opplyse sakens psykologfaglige dimensjoner, ikke vurdere bevis. Noen ganger forventer retten at vi skal gjøre jobben lettere for dem. At de skal kunne bruke den sakkyndiges psykologfaglige vurdering mer direkte som premiss for dommen. Hvis vi lar oss rive med, risikerer vi å få større innflytelse enn vi skal ha. Dette er det fint å få belyst, sier han.

KOLLISJON MED ETIKKEN

I desember 2017 ble Psykologtidsskriftet felt i Pressens Faglige Utvalg (PFU). PFU mente Prestesaken var ubalansert og for konstatierende i formen. At den skapte inntrykk av at presten kunne være dømt på feil grunnlag, uten at det var tilstrekkelig belegg for det. PFU understreket imidlertid at Psykologtidsskriftet hadde jobbet i kjernen av pressens samfunnsoppdrag: «... idet redaksjonen har gitt seg i kast med et omfattende journalistisk arbeid som stiller spørsmål ved rettssikkerheten og sakkyndiges rolle i en rettskraftig dom.»





Den rettsoppnevnte sakkyndiges klage på at tidsskriftets hadde omtalt vedkommende, nådde ikke fram i PFU.

Journalist Øystein Helmikstøl, som mistet jobben sin i Psykologtidsskriftet i 2021, mener fremdeles at Prestesaken avdekket et ennå ikke erkjent justismord.

- Det kan dokumenteres, og psykologer har spilt en avgjørende rolle på godt og vondt i saken, sier han til Psykologtidsskriftet i dag.

Sommeren 2021 avviste Kommisjonen for gjenopptakelse av straffesaker for andre gang å gjenoppta Prestesaken.

STRESSA OG ANGSTFYLT

«At Psykologtidsskriftet tok kontakt, hadde enorm betydning.»

Ordene tilhører psykologspesialist Atle Austad, Viggo Kristiansens behandler. Han var den første som stilte spørsmål ved bevisene i Baneheia-saken. Det skjedde i 2007 etter at han hadde lest dommen. Austad satt på informasjon om bevisunndragelse og ble anklaget for rolleblanding. Det endte med at han ble innklaget for tilsynsmyndighetene. I syv måneder ventet han på beskjed om han ville få lov til å fortsette som psykolog. Da han var på sitt mest stressa og angstfylte, tok Psykologtidsskriftet kontakt. Annen presse hadde vist liten interesse for hans egen versjon av historien.

At han fikk anledning til å ytre seg der mens de fleste andre stakk fingrene i ørene, mener Austad hadde stor betydning for den psykiske helsa hans.

- Når du vet noe, men ingen vil høre på deg, og du sitter der som en idiot, er det en ganske stor lettelse når noen faktisk vil høre på deg.

Resten er historie. Helsetilsynet fant ingenting å innvende mot Atle Austads terapi. Viggo Kristiansen er frikjent. Austad selv har fått et ettermæle som ytringshelt og fakkeltbærer for en djervere ytringskultur i psykologmiljøet.

- Noen bør lage en byste av Atle Austad og plassere den i Psykologforeningens lokaler, sier journalisten bak intervjuet, Øystein Helmikstøl.

Han sier han var lite imponert over behandlingen Austad fikk av kolleger for ni år siden da han flagget sin tvil om hvorvidt dommen mot Viggo Kristiansen var korrekt.

FORSKERE OG PROFILER

Å senke terskelen for å kunne tilegne seg komplisert fagstoff er et av Psykologtidsskriftets credo. Det kan skje gjennom intervjuer med mennesker som har skrevet vitenskapelige artikler eller på ulike måter har beveget psykologifaget. For hvem er de, de som gir ut bøker og foreleser på YouTube? Hvem er Siri Hustvedt, Janina Fisher, Gabor Maté og Peter Fonagy?

Tidligere fagredaktør og journalist Ida Holth intervjuet en rekke kjente internasjonale fagfolk i årene hun jobbet i tidsskriftet. Mange av møtene kom i stand via Schizofrenidagene i Stavanger – Norges største psykologifestival. Holth tror det er lettere å ta til seg kunnskap i et dialogformat, og at det hjelper på hukommelsen å få et ansikt å knytte kunnskapen til.

- Liv og lære henger sammen, og i profilintervjuet tror jeg leserne blir pirret av disse koplingene – for det er vel sånn vi fungerer, sier hun til Psykologtidsskriftet.

Tidligere journalist og konstituert sjefredaktør i Psykologtidsskriftet, Per Olav Solberg, sier det slik:

- Alle vet jo at «ingen» leser vitenskapelige artikler.



Han slår et slag for sjangeren «forskningsintervjuet». I 2020 intervjuet han Ivar Goksøy, som hadde gjennomgått litteraturen om MDMA-assistert psykoterapi ved PTSD. Goksøy viste at det etter hvert var kommet ny forskning som dokumenterte gode resultater.

Solberg hadde lest boka til journalist Michael Pollan – *Psykedelisk renessanse*. Pollan fortalte historien om da LSD ble oppdaget på 1940-tallet, og fagmiljøet mente de stod overfor en psykologisk revolusjon. Et par tiår senere lanserte USAs daværende president Richard Nixon «war on drugs». Etter hvert ble psykedelika diskreditert og forskningen stanset.

– Det hadde lenge vært stor skepsis til bruk av psykedelika i terapi. Men det er blitt stadig tydeligere at noe har endret seg. Og et fagtidsskrift som *Psykologtidsskriftet* bør være i front for å vise at det foregår en faglig utvikling på området, også i Norge. En akademisk profesjon som psykologer må unngå å henge igjen i myter om psykedelikas vederstyggelighet, hvis ny forskning viser at alvorlig traumatiserte pasienter kan få god hjelp av kunnskapsbasert behandling, sier Solberg.

MINDRE JOURNALISTIKK

Solberg mistet jobben i forbindelse med en omorganisering av *Psykologtidsskriftet* i 2021. Kampen for å gjenvinne tapte indekseringshøyder innebar en omprioritering av ressursene for å kunne legge til rette for mer vitenska-

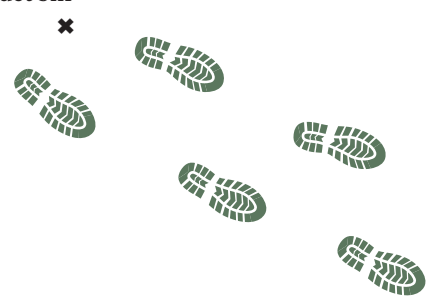
pelig publisering. To av tre journalister måtte gå. Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams begrunner omleggingen med behovet for å svare ut dagens krav til akademisk publisering.

– Dette omhandler i hovedsak en ressurskrevende indeksering- og digitaliseringsprosess. Det påvirker hvor mye kapasitet vi har i dag til redaksjonelt arbeid, inklusiv journalistikk. Men vi har nylig ansatt en ny journalist, og det er en ambisjon å sikre at vi opprettholder og utvikler tidsskriftets journalistiske virksomhet. Forskningsjournalistikk vil være et satsingsområde, sier hun.

Hun sier journalistene må ha albuerom til å gjøre slikt arbeid i overensstemmelse med de retningslinjer som gjelder for en fri og uavhengig presse.

– Når vi ser på den solide journalistikken som *Psykologtidsskriftet* har publisert de siste 20 årene, fremstår journalistikkens evne til å gi kontekst og belyse tema som våre lesere ikke ville fått tilgang til andre steder, som en kjerneverdi. Dette vil alltid være et minebelagt ter-

reng for et tidsskrift som har en fagforening som eier. Jeg er likevel overbevist om at psykologer både tåler, trenger og ønsker at det blir stilt kritiske spørsmål.



Også psykologer trenger kritisk journalistikk

Da Tidsskrift for Norsk psykologforening så dagens lys i 1973, kjempet USAs president Richard Nixon for sitt politiske liv i Washington. Ja, det er en sammenheng her.



TEKST

Trygve Aas Olsen

Presidenten nektet for at han hadde noe å gjøre med et innbrudd i kontorene til Det demokratiske partiet i Watergate-bygningen i Washington året før. Det var en løgn: Nixon tilhørte Det republikanske partiet, og innbruddet var bestilt av komiteen som jobbet for hans gjenvalg. Hensikten var å installere skjulte mikrofoner og avlytte hans politiske motstandere. Presidenten deltok aktivt i dekkoperasjoner for å skjule båndene mellom ham selv og de som brøt seg inn – og som ble tatt på fersk gjerning.

Nixon gikk av i 1974, etter at faktaene i saken var gravd opp av to journalister i The Washington Post.

Det hadde aldri skjedd om dette ikke var en fri og uavhengig avis.

De fleste norske avisene var ikke frie og uavhengige på denne tiden. De var enten eid av politiske partier, eller lot seg styre av partipolitiske bindinger. Dette viste seg i lederartikler – som i mange tilfeller ble skrevet på partikontorene og sendt til redaksjonene – og i intervjuer, reportasjer og nyhetsartikler om politikk. Partiavisene gravde ikke opp løgner og dekkoperasjoner fra «sine egne» politikere.

Men noe var i ferd med å skje. 1970-tallet kom med frihetsideer og opprør mot autoriteter. Folkeavstemningen om medlemskap i EU i 1972 endte i et klart nei, selv om Stortinget med 132 mot 17 stemmer hadde vedtatt å søke. Over 80 prosent av landets aviser argumenterte for medlemskap.

Hvor skulle avisenes lojalitet ligge? Hos politikerne eller folket? Disse tankene opptok utvalget som i 1974 fikk i oppdrag å revidere Vær Varsom-plakaten, pressens etiske regelverk. Den gjelder for medlemmer av Norsk Presseforbund, så å si alle norske medier styrt av en redaktør.

Utvalget kom tilbake med det lederen Andreas Norland kalte «en uavhengighetserklæring»:

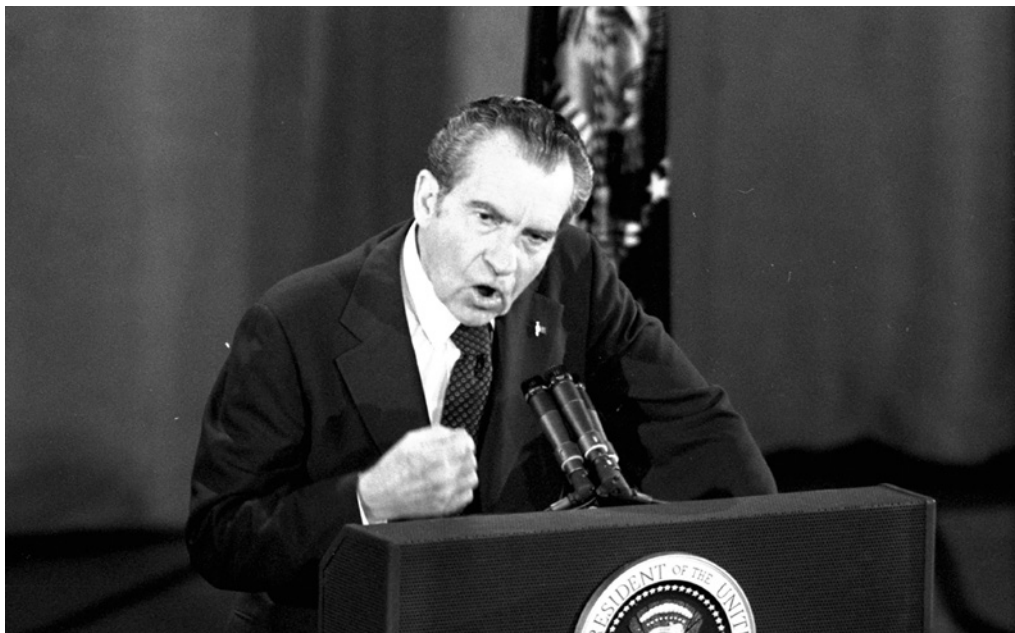
Pressen skulle «opptre fritt og uavhengig», sto det i den nye plakaten. Redaksjonene skulle «ikke gi etter for press fra noen som søker å hindre fri informasjonsformidling, fri adgang til kildene og åpen debatt», de skulle «avdekke kritikkverdige forhold» og «beskytte enkeltmennenes mot overgrep og forsømmelser».

Ingen, heller ikke de som eide avisene, kunne kreve at de dekket én hendelse, men ikke en annen. Dette var langt mer enn «full frihet til å forme avisens meninger» innenfor dens «grunnsyn og formålsbestemmelser», som redaktørene hadde ifølge Redaktørplakaten fra 1953. Nå skulle hele journalistikken være fri, bare bundet av etikkreglene i Vær Varsom-plakaten.

Formålsparagrafer fantes fortsatt – en lokalavis skulle være en lokalavis, et fagblad et fagblad – og det måtte redaktørene respektere. Men de partipolitiske formålene forsvant. De siste båndene mellom partier og aviser ble kuttet tidlig på 1990-tallet. Samtidig løsnet Stortinget sitt grep om NRK og tillot landsdekkende private radio- og tv-kanaler.

Friheten kom sist til fagpressen. Det var tungt for fagforeninger, næringsorganisasjoner og ideelle bevegelser å gi slipp på kontrollen over medlemsbladene sine. Hva var poenget med å ha et blad om man ikke kunne bestemme hva som skulle stå i det?

At poenget skulle være å fortelle medlemmene hva som *virkelig* skjedde på fagfeltet, på fritt journalistisk grunnlag og uavhengig av hva eiernes egne ledere og tillitsvalgte mente, at det skulle være å trykke frie ytringer om de samme lederne og tillitsvalgte, eller avdekke kritikkver-



DA TO journalister i Washington Post på 70-tallet avslørte Watergate-skandalen, førte det til president Richard Nixons fall. Foto: AP / NTB Scanpix

dige forhold internt i foreningen, organisasjonen eller bevegelsen – det var det vanskelig å få aksept for.

Men hvis poenget med journalistikken i avisene var «fri informasjonsformidling» og «åpen debatt», hvorfor skulle det ikke være det samme i medlemsbladene? Og hvis «ytringsfrihet og trykkefrihet er grunnelementer i et demokrati», som det sto i Vær Varsom-plakaten etter neste revisjon i 1987, så var det vel også slik i et organisasjonsdemokrati? Burde ikke bladenes lojalitet også ligge hos folket, altså medlemmene, og ikke hos de valgte lederne? Var det ikke bra – ja, helt nødvendig – å «avdekke kritikkverdige forhold» også i foreninger, organisasjoner og bevegelser? Og var ikke medlemsbladene, som kjente sakene best, de fremste til å gjøre det?

Selvsagt var det slik. Kritisk journalistikk og ytringsfrihet er den mest effektive vaksinen mot maktmisbruk, kameraderi og andre udemokratiske tendenser.

Da avisjournalistikken ble friere og bedre, virket dessuten medlemsblader med lange taler fra ledere og referater fra møter i råd og utvalg håpløst utdaterte. Erkjennelsen av at bladene ble bedre med skikkelig journalistikk, gikk sakte, og noen ganger motvillig, opp for redaksjonene og eierne. I alle fall for noen av dem.

Og her er den, sammenhengen mellom Watergate og Tidsskrift for Norsk psykologforening: At to unge journalister – Bob Woodward og Carl Bernstein var under 30 år da innbruddet skjedde – kunne velte verdens mektigste mann, tente gnist i en ny generasjon pressefolk verden over, også i Norge.

Da partipressen forsvant, ble norsk presseetikk sterkt inspirert av Watergate og den amerikanske avistradisjonen. Idealet var sterke, uavhengige og ubestikkelige redaksjoner som ikke hadde andre motiver enn å fortelle hva som *virkelig* skjedde. Om dette fikk ubehagelige konsekvenser for eierne og tidligere politiske allierte, så fikk det bare være slik. »



Først da forsto eierne fullt ut hva de hadde gjort da de meldte bladene inn i Fagpresseforeningen

Psykologtidsskriftet ble forpliktet av denne etikken da det ble medlem av Fagpresseforeningen i 1998. Foreningen er medlem av Presseforbundet, der Vær Varsom-plakaten og Redaktørplakaten gjelder.

En tynn sammenheng? Kanskje det, men som psykologer vet, er vi alle påvirket av hendelser i fortiden, om vi innser det selv eller ei. For tidsskriftets del ble sammenhengen synlig utpå 2000-tallet, da redaksjonen fikk ambisjoner om å drive journalistikk, ikke bare trykke faglige tekster. Det samme skjedde i andre medlemsblader: De fikk profesjonelle journalister i staben, folk som hadde jobbet i avis og bar med seg ideene som ble skapt av Watergate.

Først da forsto eierne fullt ut hva de hadde gjort da de meldte bladene inn i Fagpresseforeningen. I alle fall har flere av dem siden forsøkt å ta tilbake kontrollen over redaksjonene, ofte kamouflert som et ønske om å inkludere bladene i en «helhetlig kommunikasjonsstrategi». Og hva er galt med det? Jo, slike strategier har som mål å få ledelsens syn presentert uten motforestillinger og debatt – altså det motsatte av journalistikk.

De senere årene har det vært omkamper om fagbladenes frihet blant annet i Human-Etisk Forbund, Finansforbundet, Huseiernes Landsforening og kunstnerorganisasjonen Creo – og i Norsk Psykologforening.

Nei, her er det full pressefrihet, vil nok ledelsen i Psykologforeningen hevde, for tidsskriftet er fortsatt medlem av Fagpresseforeningen. Det er riktig. Men det er også riktig at journaliststillinger er kuttet, at tidsskriftets formålsparagraf er endret – det har nå fagformidling og ikke journalistikk som hovedformål – og det *er* riktig at den forrige redaktøren sluttet i protest mot dette i 2020.

«Både psykologer og Psykologforeningen har måttet tåle kritikk fra sitt eget tidsskrift de siste årene, og vi vet at det har vært negative reaksjoner på enkelte saker», skrev de tidligere fagredaktørene Ida Holth og Peder Kjøs: «Kanskje er dette en del av bakgrunnen for kursendingen vi nå ser.»

Kanskje var noen av de negative reaksjonene forståelige også, tidsskriftet ble for eksempel felt av Pressens Faglige Utvalg for brudd på god presseskikk i 2017. Men hver gang dette utvalget har møte, blir noen redaksjoner felt for etikk-

brudd, uten at de dermed kutter journaliststillinger og nedprioriterer journalistikk.

Psykologforeningens ledelse er imidlertid fri til å bestemme tidsskriftets formål – og andre er fri til å tenke hva de vil om dette. Den mest nærliggende tanken er jo at ledelsen ikke vil ha fri informasjonsformidling, åpen debatt eller journalister som avdekker kritikkverdige forhold.

En mer fjerntliggende tanke er at hendelsene i tidsskriftet i 2020 har sammenheng med handlingene til den daværende presidenten i USA. Donald Trump hamret løs på pressen og kalte journalister for fiender av folket. Absolutt ingen sammenheng? Kanskje ikke, men det *er* et faktum at den frie pressen er under angrep, ikke bare i USA, men i allierte land som Polen, Ungarn og Tyrkia. Også i Norge har regjeringen foreslått en innskrenking av offentlighetsloven som vil gå hardt ut over undersøkende journalistikk.

Ingen friheter varer evig. De må stadig forsvares og kjempes for. I Norge er riktignok redaksjonell frihet lovfestet i medieansvarsloven, som sier at de som eier redaktørstyrte medier, ikke kan «instruere eller overprøve redaktøren i redaksjonelle spørsmål» eller kreve å få se hva redaksjonen vil publisere, før det er publisert.

Dette er fortsatt tungt for noen, som for eksempel Huseierforeningen, som la sitt medlemsblad inn under kommunikasjonsavdelingen. Da det ikke lenger var redaktørstyrt, var det heller ikke bundet av loven og presseetikken.

Pressefriheten i Norge trues ikke av at et par fagblader mister sin uavhengighet. At det skjer, er likevel en påminnelse om at mennesker med makt – også i foreninger, organisasjoner og ideelle bevegelser – ikke ønsker kritisk journalistikk om det de driver med. Til syvende og sist er det verst for dem selv. Uten fri debatt og kritikk stagnerer både utviklingen av faget, kampsakene og organisasjonen.

Men det er altså opp til hver enkelt fagbladeier å bestemme hvilken utvikling den vil bidra til: Mer debatt, kritikk, åpenhet og uavhengig journalistikk – eller mindre. ❖

Trygve Aas Olsen er fagmedarbeider ved Institutt for journalistikk, sakprosaforfatter, tidligere journalist og redaktør



– Det var et stykke å gå noe sånt, helt konfliktløs, men journalist Øystein Helmkvist som første signal om at noe var på gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening. Foto: Nina Martin Skjold

Venter på oppsigelser: – En krise for tidsskriftet

Uklart hvem som egentlig styrer Tidsskrift for Norsk psykologforening nå, sier journalist Øystein Helmkvist.



Sjefredaktør Katharine C. Williams debatterer grunnlaget for utøversveivring i eget tidsskrift. Foto: Nora Skjoldingstad

Heftig debatt i Psykologtidsskriftet

Mener redaktør villeder om grunnlaget for journalistikk.



Tilfredsstill kravene til vitenskapelig tidsskrift

Psykologtidsskriftet er ansett som et vitenskapelig tidsskrift hvor publikasjon av vitenskapelige artikler gir publiseringssøng, skriver rådgiver Lena Cecile Linge i Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse.

TIDSSKRIFT for Norsk psykologforening er et viktig tidsskrift for utøvere i faget. Tidsskriftet har vært et viktig redskap for utøvere i faget, og det er viktig at det fortsatt er et viktig redskap for utøvere i faget. Tidsskriftet har vært et viktig redskap for utøvere i faget, og det er viktig at det fortsatt er et viktig redskap for utøvere i faget.

KRISEREN er et av de viktigste spørsmålene som står foran oss i dag. Det er viktig at vi finner løsninger på disse spørsmålene, og det er viktig at vi finner løsninger på disse spørsmålene, og det er viktig at vi finner løsninger på disse spørsmålene.

Etter den informasjonen vi fikk da ts ble offentliggjort, vurderer vi ikke å opplyse om hvilke kravene til vitenskapelig tidsskrift er.

Sjefredaktør svarer på kritikk om Rorschach

Hva som er et journalistisk svar på et akademisk læringsfagspesifikt utveivings, er et spørsmål som mange av oss har tenkt på.

FRØY VILKAT er sjefredaktør, publisert i Tidsskriftet for Norsk psykologforening. Hun har vært sjefredaktør i Tidsskriftet for Norsk psykologforening i mange år, og hun har vært sjefredaktør i Tidsskriftet for Norsk psykologforening i mange år.



Tidsskrift for Norsk psykologforening ble fortsettet datten med samme formålsparagraf innuti videre. Foto: Faksimile

Eierne vurderte å endre instruksjonen til Psykologtidsskriftet i hastetempo: – Ville vært uklokt

– Sterkt signal om at noen i sentralstyret ikke er fornøyd med det som står i tidsskriftet, sier journalist.



En helt nødvendig prosess

Psykologtidsskriftet gjennomgår en endringsprosess, hvor endringene inngår som ett av flere nødvendige tiltak etter en heftig vurdering.

SAM BIRG OG BRANNEN er et av de viktigste spørsmålene som står foran oss i dag. Det er viktig at vi finner løsninger på disse spørsmålene, og det er viktig at vi finner løsninger på disse spørsmålene.

PSYKOLOGI er et av de viktigste spørsmålene som står foran oss i dag. Det er viktig at vi finner løsninger på disse spørsmålene, og det er viktig at vi finner løsninger på disse spørsmålene.

KRISEREN er et av de viktigste spørsmålene som står foran oss i dag. Det er viktig at vi finner løsninger på disse spørsmålene, og det er viktig at vi finner løsninger på disse spørsmålene.



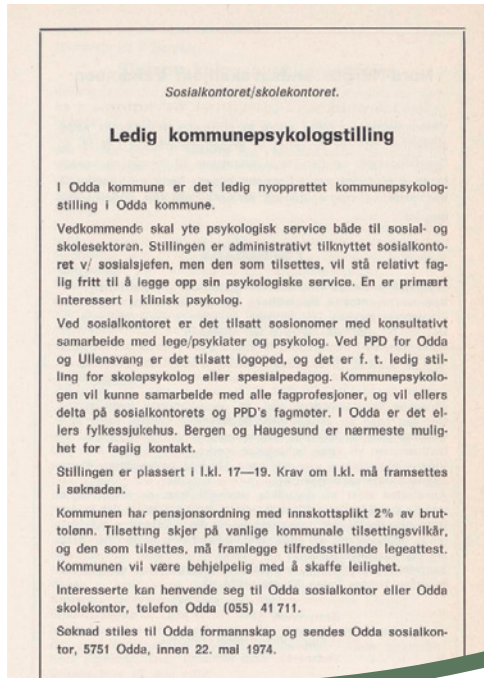
Høsten 2021 måtte...

... måtte av tre journalister i Psykologtidsskriftet gå på kort varsel. Konflikten ble behørig kommentert både i egne spalter og av andre media.

PSYKOLOGI er et av de viktigste spørsmålene som står foran oss i dag. Det er viktig at vi finner løsninger på disse spørsmålene, og det er viktig at vi finner løsninger på disse spørsmålene.

HØSTEN 2021 måtte av tre journalister i Psykologtidsskriftet gå på kort varsel. Konflikten ble behørig kommentert både i egne spalter og av andre media. Også kampen om formålsparagrafen to år tidligere ble en mediesak. Faksimiler fra oppslag i Journalisten.no og Tidsskrift for Norsk psykologforening.

Samfunnspsykologiens fremvekst



1970-TALLET

Samfunnspsykologi implementeres i psykologutdanningen ved Universitet i Bergen (UiB).

I mai 1974 annonseres en ny type stilling: **kommunepsykolog**, i Odda. Den går til Gunnar Sørbotten, som senere orienterer om de første månedene i jobben. Han beskriver en **ny og variert arbeidshverdag**: tverrfaglig og -institusjonell; klinisk, men også forebyggende og helsefremmende; individ-, men også befolkningsrettet, blant barn, ungdom og voksne, og tett på et lokalsamfunn.

Årene etter utgis flere artikler – og et spesialnummer i 1977 med et bidrag fra **Turid Vogt Grinde**, tidligere leder i Psykologforeningen – som plasserer kommunepsykologen i en større faglig og internasjonal kontekst: **samfunnspsykologien**.

1980-TALLET

Det har kommet to kommunepsykologer til. I tidsskriftet forteller begge om sine erfaringer. Den ene, **Richard H. Knoff**, går til åpen kamp mot foreningens sentralstyret etter avslag om å få praksisen forhåndsgodkjent. Han anklager styret for å forsømme et pålagt ansvar for å støtte opp om avsideliggende og utradisjonelle psykologstillinger.

I 1988 skriver psykolog Jens E. Skår at det fortsatt er **mangel** på allmennpsykologiske tjenester og stort **gjenomtrekk** av kommunepsykologer.

Allmennpsykologi ble opprettet som egen spesialitet i 1989.

1990-TALLET

Institutt for samfunnspsykologi etableres ved UiB i 1994 under ledelse av Bjørn Christiansen.

Det blir ikke lettere å holde tungen rett i munnen. Fagutvalget for allmennpsykologi skriver i 1990 om den nye **spesialiseringen i allmennpsykologi**, vedtatt på Landsmøtet året før. Den har «røtter knyttet til kommunepsykologarbeidet [...] og arbeidet for samfunnspsykologi i Norge», og «tilknytningspunkter til distriktpsykologens rolle og rettigheter». To år senere endres navnet til spesialisering i samfunnspsykologi.

I 1992 gratuleres **Randi Natvig Aas** som første til godkjenning av den nye spesialiteten. Hun får den for arbeid i kommunen, om lag et tiår etter Knoffs kamp.

Diskusjonen fortsetter om kjente utfordringer i kommunepsykologien: uklar rolle, få stillinger og stort gjenomtrekk.



Til glede for nye lesere

- Kommunepsykolog - Kva er nytt med stillinga i Odda? Ei orientering om bakgrunn og gjeremål av Gunnar Sørbotten (1975)
- Fagpolitikk i relief: Om kommunepsykologstillingar og den kliniske spesialitet av Richard H. Knoff (1988)
- Kommunal psykolog - utfordringar og muligheter av Jens Jensenius (2002)
- Fremveksten av samfunnspsykologien i Norge: Fra kritisk korrektiv til alternativ i posisjon av Borrik Schjødt & Arvid Skutle (2013)
- Psykolog savnet av Per Olav Solberg (2019)
- Psykologer i kommunen: En kartlegging av tjenester for barn og unge med psykiske vansker av Siri Helland et al. (2021)

Les tekstene på nett:



Alkomania til avhengighet

Psykologer har opp gjennom historien ytt betydelig innsats i behandling av ruslidelser. En som på et tidlig stadium stod med begge beina i feltet – både som fagperson og sønn av en pioner – var Halvor Kjølstad. I et eget essay deler han sin personlige og faglige erfaringer fra «alkoholistomsorgen». Psykologenes innpass på rusfeltet er resultat av en lang og strabasiøs reise. På de følgende sidene skildrer vi deler av denne reisen, slik den har utspilt seg i perioden fagområdet utvidet nedslagsfeltet fra alkomania til avhengighet.



1970-TALLET: Placeboeffekten utfordrer etablerte sannheter

PÅ 70-TALLET BRUKER psykologer flere nå utdaterte begrep, som *alkomani*, definert som en sykdom der pasienten har utviklet en avhengighet til både alkohol og narkotiske stoffer. Begrepsbruken hang sammen med at misbruk av narkotiske stoffer og alkohol ble observert å samvariere så mye, at en del mente det ikke var hensiktsmessig å differensiere (Bjørnevoll, 1976).

Gjennom artiklene fra dette tiåret leser vi at kristne ideelle organisasjoner og avholdsorganisasjoner er sterkt til stede i tilbud og tjenester som finnes for personer med rusmiddelproblemer (Krogh, 1979). For disse organisasjonene stod ikke behandling på agendaen. Selv der hvor profesjonelle behandlingstilbud for alkoholmisbrukere var etablert, synes det å råde en behandlingsspesismisme, og «en gang alkoholiker, alltid alkoholiker» var et etablert mantra. Kristne organisasjoner betraktet alkoholmisbruk mer som et sosialt problem enn et helseproblem. Avholdsorganisasjoner drev aktivt med informasjonsvirksomhet, som av en type som ikke kan forveksles med psykoedukasjon eller rådgivning. Psykologer utgjorde på 70-tallet en liten minoritet innen behandling av misbrukslidelse, både andre faggrupper og pasienter var skeptiske. I denne tidsånden skulle psykologen finne sin plass, rolle og behandlingsmetoder.

Flere psykologer brukte tidsskriftet som en arena for erfaringsdeling i en krevende nybrottsperiode (Gjærum, 1979), og av artiklene fremgår det også at psykologene brukte forskning som våpen i innsatsen.

Den medisinske modellen blir beskrevet som den dominerende akademiske teorien om ruslidelse. Men forståelsen av avhengighet til alkohol som en medisinsk sykdom blir utfordret av psykologer i flere artikler gjennom 70-tallet (for eksempel Berg et al., 1977, Eriksen et al., 1977). I den medisinske modellen manifesterer sykdommen seg som en tenning/kontrolltap-mekanisme. Alkoholikere får en tenningsreaksjon på alkohol som gjør dem ute av

stand til å kontrollere inntaket. Andre variabler i den medisinske modellen var fysisk tilvenning, toleranseøkning og abstinens. Fra medisinsk hold ble det slått fast at en alkoholiker aldri kan klare å oppnå måtehold til alkohol og at totalavhold er det eneste hensiktsmessige behandlingsalternativet.

Men «en gang alkoholiker – alltid alkoholiker»- antakelsen blir utfordret av psykologforskere, som trekker frem studier som avdekker at det er like mange pasienter som klarer å oppnå måtehold som totalavhold (de færreste klarer å oppnå totalavhold). Siden måtehold er umulig å oppnå for en person som vil miste kontrollen over sitt alkoholinntak ved å drikke selv en minimal mengde alkohol, argumenterer psykologene at slike forskningsfunn slår beina under tennings-antakelsen (Eriksen et al., 1977).

Videre trekker psykologene frem placebo-studier som argument mot den medisinske modellen. Hvis personer kan bli ruspåvirket når de tror de har drukket alkohol, uavhengig om drikken inneholdt alkohol, må det være flere faktorer involvert enn de rent fysiske virkningene av rusmiddelet. Betingingsmekanismer blir brakt inn som mulige forklaringsfaktorer. Psykologene argumenterer videre for at toleranseøkning og abstinenser er fysiske symptomer på et høyt alkoholkonsum, men de kan ikke forklare årsaken til at alkoholproblemene oppstod i første omgang (Eriksen et al., 1977).

I en norsk studie ønsket forskerne å studere «kontrolltap-fenomenet», som de beskriver som «... en sentral antakelse som ligger under synet at alkoholavhengighet er en sykdom.» Et nært beslektet begrep er «tenning», som viser til tendensen til å drikke ukontrollert etter de første par drinker. Forfatterne argumenterer at «tenning» er en metafor og at fenomenet ikke er blitt systematisk undersøkt. Deltakerne i studien fikk to ganger instruksjon om at det ble servert alkohol, og to ganger instruksjon om at det ble servert alkoholfrie drikkevarer



I FAGESSAYET «Fyll og annet spetakkel» (2021) tar Halvor Kjølstad oss gjennom en 120 år lang historie om behandling av rusmiddelavhengige. Foto: Privat



Les hele essayet på nett

Til glede for nye lesere

- Atferdsterapeutiske behandlingsmetoder ved alkoholisme. En kort oversikt med presentasjon av studier og resultater av Kjell Gottfred Johansen, Svein Mossige og Lasse Eriksen (1977)
- Atferdsmodifikasjon ved alkoholisme. Eksperimentelle studier og forsøk på anvendelse av operante prinsipper i alkoholistbehandling av Kjell G. Johansen, Lasse Eriksen og Svein Mossige (1978)
- Alkoholisme og myter - Tenning, tap av kontroll og spenningsreduksjon i lys av empiriske studier av Lasse Eriksen, Kjell Gottfred Johansen og Svein Mossige (1979)

Les tekstene på nett:



(2X2). Instruksjonen var to ganger riktig og to ganger feil. Undersøkelsen ble kamouflert som en smaksvurderingsoppgave og forsøket ble gjennomført dobbelt blindt. Forsøkspersonene fikk tilgang på påfyll, som alltid var alkoholfri. Deltakerne drakk signifikant mer når de ble fortalt at de hadde drukket en alkoholholdig drikk, enn når de fikk beskjed om at drikken var alkoholfri. Men det ble ikke observert noe som kunne likne tenning eller kontrolltap (Berg et al., 1977).

Det er interessant hvordan sosialpsykologene satte etablerte antakelser på prøve, slik som tenningshypotesen. Kliniske psykologer arbeidet på sin side med å tilpasse kjente, psykologiske behandlingsmodeller til pasientgruppen. En stor bredde av ulike behandlingsmetoder ble utprøvd i forskningen. Med betingingsmodeller til grunn ble det gjort eksperiment med bruk av tegnøkonomisystemer, antabusliknende medikamenter og elektriske sjokk, samt systematiske kontrollstudier der pasienter ble gitt alkohol (Johansen et al, 1977).

Sosial læringsteori blir trukket frem som grunnlaget for en behandlingstilnærming for flere psykologer som arbeider med rusavhengige på 70-tallet. Her blir tenningshypotesen argumentert mot fordi den kan ha en antiterapeutisk effekt gjennom føring til en selvoppyllende profeti. Så snart alkoholikeren smaker alkohol, vil tenningshypotesen fungere ansvarsfraskrivende. Å se på konteksten og systemene den rusavhengige inngår i, betraktes som sentralt. I flere artikler understreker psykologer betydningen av familiearbeid, yrkesrettet rehabilitering og ettervern, noe som var nye tanker på 70-tallet.

I behandlingstilbud som i perioden ble opprettet for misbrukslidelser måtte psykologene utforme en rolle i et spenningsfelt mellom sterkt sosialt stigma knyttet til rusmisbruk, skepsis til psykologer, dominans fra avholdsorganisasjoner og kirkelige miljøer, samtidig som behandlingsforskningen var i en pionerfase.

1980-TALLET: Med vondt skal vondt fordrives

PÅ 80-TALLET FINNER vi artikler der forfatterne redegjør for ulike behandlingstilnæringer for rusavhengige. Psykologene setter fortsatt den svært etablerte medisinske modellen på prøve, men fra litt andre utgangspunkt enn på 70-tallet. Hvorvidt måtehold eller totalavhold er det mest hensiktsmessige behandlingsmålet, diskuteres heftig.

Noen steder utvikles behandlingstilbud basert på ideologien terapeutiske samfunn (TS) (Reine, 1980), hvor idealet er at behandlere og pasienter ikke står i et hierarkisk forhold til hverandre. Utviklingen er en ny variant av kritikk mot den medisinske modellen. Tanken er at en behandlingsform der legen er spesialist og pasienten en passiv mottaker av behandling, ikke vil fungere. Behandling kan kun oppnås ved aktiv innsats fra pasienten selv. Ved enkelte institusjoner gikk man temmelig hardhendt og konfronterende til verks, sett med dagens øyne. «I stedet for utelukkende å se på symptomet (rusmiddelmissbruk), fokuserer de på hele personligheten. Misbrukeren blir betraktet som umoden, ufornuftig, umoralsk og usosial. Han bruker rusmidler til å rømme fra ansvar og forpliktelser, men han kan også rømme på andre måter. Han trenger å bli moden, fornuftig, moralsk og sosial.», skriver Reine. Totalavhold ble i terapeutiske samfunn fremholdt som gjeldende behandlingsmål. Du finner artikkelen i sin helhet på side 632.

For andre behandlingssteder som la sosial læringsteori til grunn som behandlingsmodell (Duckert & Gran, 1982) ble alkoholmissbruk betraktet som lært atferd, eller lite hensiktsmessige mestringsforsøk. Pasienten skulle i behandling få muligheten å trene seg på sosiale ferdigheter som kunne erstatte drikkeatferden.

Prochaska & DiClemente utviklet på slutten av 70-tallet «the transtheoretical model of behavior change», og vi ser at psykologer i rusfeltet var tidlig ute med å trekke inn motivasjon og stadiemodellen (*pre-contemplation; contemplation; action; maintenance; relapse*) i sine arbeider (Skutle & Berg, 1985). Motivasjon blir et sentralt begrep blant norske psykologforskere som skriver fagartikler på 80-tallet. Det

er en naturlig utvikling fra synet på alkoholmissbruk som et resultat av en karaktersvakheter (edruskapsforeninger, kristne organisasjoner, zeitgeist), til et resultat av biologisk betinget tenning/kontrolltap/abstinens (medisinsk modell) – til oppfatningen om at alkoholproblemene er blitt utviklet gjennom forsterknings-/læringsmekanismer. I terapeutiske samfunn mente man at pasientene måtte konfronteres, andre utførte eksperiment med belønning/straff-intervensjoner basert på atferdsteoretiske modeller, mens atter andre tok i bruk modellering og sosial trening. Uansett psykologisk behandlingsmodell stod pasientens aktive medvirkning vesentlig i psykoterapeutiske intervensjoner, som nettopp forutsetter at pasienten er motivert til innsats.

På 80-tallet var rusfeltet fremdeles i en startsfase, og psykologforskere observerte at mange av de rådende antakelsene knyttet til rusproblemer ikke var testet ut empirisk. Dette omfatter modellen til Prochaska & DiClemente, men også antakelsen om biologisk determinisme (kontrolltap, tenning, abstinens), kognitive faktors rolle, personlighetsfaktorer, effekten av kjønn osv.

Utover 80-tallet ser vi også at psykologer fokuserer på kulturelle faktorer (Skjørshammer, 1987) og ikke minst familiearbeid (Haugland et al., 1987).

Til glede for nye lesere

- Alkohol og kultur. Om krysskulturelle undersøkelser av sammenhengen mellom kultur og drikkeatferd av Morten Skjørshammer (1987)
- Barn fra familier med alkoholproblemer av Bente Storm Haugland, Ingrid Dundas og Svein-Erik Hansen (1987)

Les tekstene på nett:



1990-TALLET: Moralisme og populisme



FANNY DUCKERT

har engasjert seg i ulike temaområder. Hun er nok likevel mest beryktet for å hevde at måtehold kan være et realistisk behandlingsmål. Foto: UiO

PÅ 90-TALLET FÅR en «ny» behandlingstilnærming, Minnesotamodellen, mye positiv omtale i media. Ledere ved Minnesotaklinikker går aktivt ut og fremhever at det ikke har effekt å regulere tilgjengeligheten av alkohol, noe som selvsagt blir positivt mottatt av befolkningen. Klinikkene er privat drevet og reklamerer med imponerende behandlingsresultater.

Et sentralt kjennetegn ved Minnesotamodellen er at alkoholikeren er i benekting, og klienten antas å være en løgner. Modellen er sterk dualistisk (enten alkoholiker eller ikke), og ansvaret for alkoholproblemet legges ensidig på alkoholikeren. Men i Psykologtidsskriftets spalter skriver kritiske psykologer at de påståtte effektene av Minnesotamodellen er tvilsomme. Psykologene er også skeptiske til modellens grunnantakelser om én gang alkoholiker, alltid alkoholiker, og påstanden om at man må ha misbruker erfaring for å være rustet til å være behandler. «Hvem ville mene at en kvalifikasjon for å operere hjertepasienter var at kirurgen selv var hjerteoperert?» (Larsen, 1990).

Utover 90-tallet ser vi at fokusområdene for rusforskningen utvides. Tilbudet til den samisktalende delen av befolkningen studeres (Larsen & Nergaard, 1990). Stoffmisbrukere begynner å bli tematisert oftere og mer spesifikt i fagartiklene som publiseres. I denne perioden var hiv og aids et alvorlig folkehelseproblem som hadde innvirkning på behandlingstilbudet til gruppen. Skutle et al. (1992) skriver at «Fokus er ikke lenger så mye på stoffmisbrukeren som på stoffmisbrukerens risikoatferd – her intravenøst bruk av stoffer». Stoffmisbrukere utgjorde en kjent risikogruppe for smittespredning gjennom sprøytedeling og frykten for smitte var sterk i befolkningen. Forskergruppen utforsket hvordan sprøytedeling kunne forstås og motvirkes gjennom å sette opp hjemmelagde sprøyteautomater og ved å få gjennomført en innbytteordning på apotekene (Skutle et al. 1990, 1992).

Vi ser altså at sosialpsykologiske studier av rusrelaterte problemstillinger presenteres regelmessig i tidsskriftet. Her gjøres blant annet den

observasjonen at atferdsformer som tradisjonelt knyttes til rusmidler og vanedanning, også kan knyttes til andre atferdsformer (som arbeidsnarmani, spillegalskap). Vi ser en ansporing til å løfte perspektivet fra «rus» mer avgrenset og til «avhengighet» som et mer overordnet, psykologisk fenomen (Skutle et al. 1990, 1992).

Sosialpsykologi, krysskulturell psykologi og sosialantropologi dannet grunnlaget for flere artikler i denne perioden. At ulike kulturer forholder seg vesentlig ulikt til alkohol bidrar til å slå beina under en ren medisinsk forståelse av problematisk drikking. I juliutgaven i 1993 ser Fanny Duckert tilbake på det foregående tiåret, hvor hun stod i en mediastorm etter at hun utga boken «Alkoholproblemer kan mestres» i 1982. I artikkelen, som omhandler «kontrollert drikking» trekker hun frem faktorer som ligger i kulturen (Duckert, 1993): «Det virkelige paradigmeskiftet i behandlingen av alkoholproblematikere ligger kanskje ikke så mye i valg mellom ulike behandlingsmodeller, som i valg av hvilket menneskesyn som skal ligge til grunn for behandlingen.»

Mens 80-tallet var preget av stor kreativitet i utforskning av behandlingstilnæringer, utgjør familieterapi en sentral ramme for mange av tekstene på 90-tallet. Vi ser at psykologene ønsker å finne ut hvordan foreldres rusmiddelbruk har utviklingsmessige konsekvenser. Nå er det etablert konsensus om at det ikke bare er rusmisbrukets alvorlighetsgrad som kan forklare bildet, og et viktig neste skritt er å avdekke hvilke spesifikke faktorer som spiller inn. Frid Hansen (1990) tar utgangspunkt i utviklingspsykologi i sine betraktninger om de utviklingsmessige konsekvensene foreldres rusmiddelbruk kan få. Teksten er en sjelden perle og er anbefalt lesning (Hansen, 1990). Hansen trekker frem belastningen upredikerbare foreldre utgjør og byrden ved å tidlig ta en voksen omsorgsrolle. I dag er *parentifisering* et etablert begrep, og i tidsskriftets spalter kan vi spore det tilbake til psykologfaglig arbeid på tidlig 90-tall. Parallelt ser vi at resiliensforskningen nå trekkes inn i rusforskningen, om enn ikke

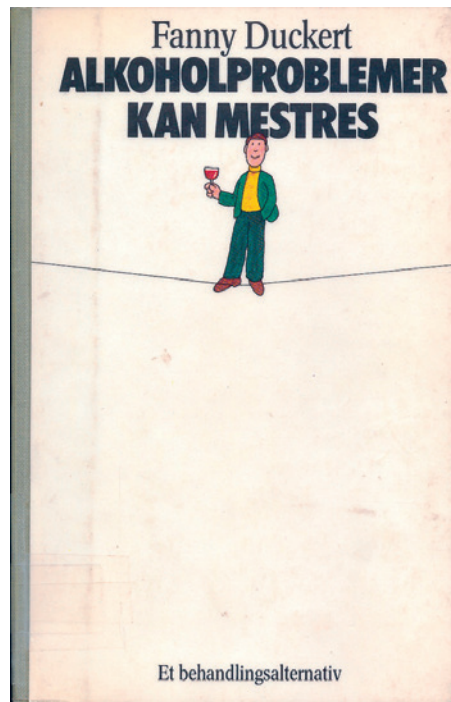
så eksplisitt. Dette kan knyttes til at oppdagelsen om at en stor andel av barn av rusavhengige foreldre ikke bare klarte seg bra, noen klarte seg til og med *bedre* enn barn som vokste opp i ikke-rusmisbrukende familier. Psykologene ville derfor ikke begrense seg til å studere hva som gikk galt, men også finne kjennetegn på familier med rusproblemer der det går bra med barna (Haugland, 1992). Slik kunnskap er viktig for å finne frem til gode og hjelpsomme tiltak.

Mange av tekstene på 90-tallet oppleves fortsatt aktuelle, selv om det føles som fjern fortid når tekster om familieterapi beskriver hjemmebesøk og proaktiv innsats for å komme i en terapeutisk posisjon med utsatte familier. I dag er det vanskelig å forestille seg at psykologer innen familieterapi eller rusfeltet ville ha stort rom for slikt arbeid.

Et annet spørsmål er om vi også har mindre rom for refleksjon over egen praksis enn da. En åpen og modig evne til å ta et kritisk blikk på egen virksomhet er noe som slår gjennom i flere av de litt eldre artiklene.

Sissel Reichelt og Bernadette Christensen (1990) gjør en interessant analyse av seg selv som behandlere, og hvilken effekt eksperrollen har på dynamikken. De deler åpent om at «... eksperrollen gjorde oss tafatte som terapeuter». Videre skriver forfatterne at «Dersom terapeutene og team hadde følt mindre ansvar for endringens retning, ville det kan hende ha vært større muligheter for utvidelse av tenkning.»

Reichelt og Christensen referer til behandlingsinstitusjonenes rådende kontrollregimer. Kontroll, utskrivelsesprosedyrer og konfronteringer som intervensjoner blir problematisert av flere psykologer i tekster som publiseres på 80- og 90-tallet. Det ser ut til at psykologene ikke så det hensiktsmessige i å straffe pasienter for å gjøre det de oppsøkte hjelp for. Som Fanny Duckert skriver: «Jeg skal nå behandle ditt angstproblem. Men det er viktig at du i løpet av behandlingsperioden ikke viser angst. Hvis du fortsetter med dine angstanfall i løpet av terapien må jeg avslutte behandlingen, da du tydeligvis ikke er motivert til å gjøre noe med ditt angstproblem!» (Duckert, 1993).



ET OPTIMISTISK OMSLAG som ikke avslører bokens eksplorative innhold.

Til glede for nye lesere

- Rusmisbruk i et familieperspektiv: hvilke utviklingsmessige konsekvenser kan dette få for barn av Frid A. Hansen, (1990)
- I hvilken hånd skal skjeen være? Erfaringer fra et prosjekt med stoffmisbrukere og deres familier av Sissel Reichelt og Bernadette Christensen (1990)
- Intravenøst stoffmisbruk og HIV: Øket sprøytetilgjengelighet som HIV-forebyggende virkemiddel av Arvid Skutle, Vibeke Johnsen, Helga Arianson, Grete Riise og Dag Resser (1992)
- «Kontrollert drikking» – et motsetningsfullt område i behandling av mennesker med alkoholproblemer av Fanny Duckert (1993)

Les tekstene på nett:



2000-TALLET: Dobbeltdiagnoser og spillavhengighet



NIKOLAI KUNØE
etterlyser deltagere til forskningsprosjekt om legemiddelassistert rehabilitering.
Foto: Per Halvorsen



SIGMUND KARTERUD
oppfordrer til pragmatisk personlighetsvurdering av pasienter i rusfeltet.
Foto: Ukjent

PÅ 2000-TALLET PUBLISERER tidsskriftet over 25 tekster om rus- og avhengighet. Hovedtyngden ligger på tekster om samtidig rus- og psykisk lidelse i alle alvorlighetsgrader, en sentral problemstilling i klinisk praksis. Det publiseres undersøkelser og kunnskapsoppsummeringer som viser at psykologene også var orientert mot aktuell og internasjonal forskning i feltet. Tiåret innledes med nok en markant tekst (Hansen, 2000) av Frid Hansen, som etterlyser oppmerksomhet på barn av rusmiddelavhengige «de glemte barna» - både i rusfeltet og i generelle psykososiale tiltak for barn. «Fars lever tåler mye mer alkohol enn barnets psykososiale helse», skriver hun. Kommentaren følges opp av en tekst som beskriver et gruppetilbud for barn av rusmiddelavhengige foreldre etter en svensk kommunal modell. Kvamme & Mullally (2000).

BEKYMNING FOR BIOKJEMISK TREND

«Det er når metadonserumnivået er stabilisert at den egentlige jobben begynner», skriver Arvid Skutle i en kommentar helt tidlig i tiåret (Skutle, 2000). Han advarer mot den nevrobiologiske orienteringen i rusfeltet, og vektlegger, som tekstene gjennom 80- og 90-tallet, at norsk behandlingsfilosofi tradisjonelt forstår avhengighet som lært atferd og styrt av psykologiske og relasjonelle prosesser. Innlegget uttrykker en bekymring for at entusiasmen om legemidlene får en slagside, der det kliniske feltet og forskningsinnsatsene glemmer at medikamentene bare skal være til assistanse i psykisk og sosial rehabilitering. Det er bare én senere tekst i tiåret som viser at psykologer har vært direkte involvert i og opptatt av legemiddelassistert rehabilitering, hvor Nikolaj Kunøe (2005) kort beskriver og etterlyser deltagere til et forskningsprosjekt om naltreksonimplantat i behandling av heroinavhengighet (Kunøe, 2005).

DOBBELT- OG KOMBINASJONSDIAGNOSER

Nærmest alle tekstene fra klinisk praksis fokuserer på samtidig rus- psykisk lidelse, som blir benevnt som dobbeltdiagnoser og kombina-

sjonsdiagnoser. I begynnelsen av tiåret løftes traumer frem. I «Rusmisbrukere og traume» (2002) skriver Birthe Fjellhaug Birknes og Kari Ravnanger om en undersøkelse av PTSD og traumatiske hendelser hos 18 pasienter på Askøy Blåkors klinikk i Bergen. Det var høy forekomst av PTSD, hele 71 % av kvinnene, og alle kvinnene hadde opplevd minst en traumatisk hendelse. Forfatterne ber behandlingsapparatet om å ta slike funn fra praksis på alvor, og ber om at traumatiserte rusmisbrukere får hjelp til begge deler i langtidsbehandling, med henvisning til anerkjente internasjonale opplegg. Senere i tiåret viser Janne E. Amundsen og Kjetil Kårstad (2006) hvordan man kan bruke tilpasset og integrert EMDR i rusbehandling gjennom en presentasjon med to caser.

I 2003 gir psykolog Svein A. Alfarnes et klart og forstemmende tidsbilde med artikkelen «Diagnostikk av pasienter med samstundes rusmiddelbruk og psykopatologi». Han beskriver en undersøkelse som sammenfatter norske klinikers utredning av mulige dobbeltdiagnosepasienter. Hele 90 institusjoner i psykisk helsevern og 106 institusjoner i rusomsorgen er inkludert. Prosjektet indikerer at få klinkere brukte standardiserte testprosedyrer utenom ICD-10 i utredning av rusmiddelavhengige pasienter. Vi får inntrykk av at svak utredning er et langvarig og velkjent problem, som få har tatt tak i og som ikke har fått konsekvenser for praksis. «Det er behov for å utvikle spesifikke tester for kombinasjonsdiagnoser», skriver Alfarnes og advarer mot å sette diagnose for psykisk helse når pasienten er i aktiv rus.

Etter 2005 publiseres tekster som reflekterer en faglig bevegelse for integrert behandling. I «Alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet: Integrert behandling i oppsøkende poliklinisk team» av Petter Lohne & Tove Buseth (2006) får vi innblikk i oppbygningen og erfaringene til et anerkjent behandlingstilbud som ble bygget opp på ROP Tøyen i Oslo. Året etter publiseres en engelskspråklig oversiktsartikkel av de internasjonale størrelsene David Kavanagh & Kim Mueser (2007). I «Current Evidence on Integrated Treatment for Serious Mental Disor-

ders and Substance Misuse» argumenterer Kavanagh & Mueser for å se på kombinasjonen som kompleks lidelse, heller enn dobbeltdiagnose. Tåret toppes med en klinisk relevant og pedagogisk artikkel om «Personlighetsvurdering av rusavhengige pasienter» av Sigmund Karterud og Nina Arefjord (2009). Forfatterne gir det man visste fra forskningen – at det er sammenheng mellom personlighetsforstyrrelse og ruslidelse og at det kan virke negativt sammen i forløp – en klinisk konsekvens. Forfatterne anbefaler en pragmatisk SCID og skriver: «Vårt hovedinntrykk var at det gjennomgående ikke var større intervju tekniske problemer eller reliabilitetsproblemer med denne pasientpopulasjonen enn det en finner ved vurdering av pasienter på avdelinger som er spesialisert for behandling av personlighetsforstyrrelser eller på DPS-poliklinikker. Det som overrasket mest, var faktisk den betydelige bredden som vi fant med hensyn til personlighetspatologi.»

PASIENTRETTIGHETER I TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

To av tekstene i årtiet spiller den sentrale endringen i rus- og avhengighetsbehandling som kom etter rusreformen i 2002. Det ble en omlegging av helsehjelpen til rusmiddelavhengige fra 2004, der hovedansvaret ble lagt til ruspoliklinikker og døgnavdelinger i spesialisthelsetjenesten. Personene som mottok hjelp, fikk endelig pasientrettigheter. I teksten «Tverrfaglig spesialisert rusbehandling: et nytt tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten» illustrerer og drøfter Jon Agnar Johansen (2007) hvordan TSB kan utformes i poliklinikk i lys av aktuelt lovverk og rusreformen. Johansen fremhever de faglige og organisatoriske konsekvensene. Teksten fremhever naturlig nok *tverrfaglig* utredning og behandling, hvor sosial og økonomisk situasjon vurderes som en like viktig del som psykisk og fysisk helse. Individuell plan og samarbeid med sosialtjenesten løftes frem som nøkkelfaktorer i behandlingen. I teksten ser man også tidens søkelys på samsykelighet. Johansen fastslår at TSB og psykisk helsevern har en overlappende pasientpopulasjon. Pasientene er tjent med integrert behandling, noe som betyr at rusfeltet må jobbe med psykiske problemer, og at psykisk helsevern må ta tak i rus og avhengighet. Han angir samtidig at behandling av personer med *alvorlig* psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet – «doppeltdiagnoser» - er en høyspesialisert behandlingsoppgave som krever spisskompetanse og ivaretagelse i psykisk helsevern.

I kjølvannet av reformen gikk flere institusjoner fra fylkeskommunal styring til spesialisthelsetjenesten. Johansen nevner ikke de psykologfaglige utfordringene og minikulturelle og tverrfaglige konfliktene som oppsto når flere døgninstitusjoner ble helseforetakenes ansvar. Konfliktnivået var høyt og utfordringene var der. Men det er bare én tekst av sosiologiprofessor Edle Ravndal (2007) som konkret tematiserer endringene som institusjonene måtte igjennom, her via Ravndals forskerblick på en del av kollektivene, som etter hvert måtte gi slipp på de mest kritiserte delene av terapeutisk samfunn-modellene.

SPILLAVHENGIGHET

På 2000-tallet ser man for alvor at psykologenes perspektiv løftes fra rus til avhengighet som bredere fenomen. I kommentaren «Spillavhengighet - et misbruk uten substans» (2001) presenterer psykiater Karl Gunnar Gøtestam noe av det vi visste om spillavhengighet i 2001. Gøtestams

Til glede for nye lesere

- Rusmisbrukere og traume av Birthe F. Birknes & Kari Ravnanger (2002)
- Diagnostikk av pasienter med samstundes rusmiddelbruk og psykopatologi av Svein A. Alfarnes (2003)
- Et behandlingsprogram for spillavhengighet av Randi Skjerve & Peter Prescott (2005)
- Current Evidence on Integrated Treatment for Serious Mental Disorders and Substance Misuse av David Kavanagh & Kim Mueser (2007)
- Personlighetsvurdering av rusavhengige pasienter av Sigmund Karterud & Nina Arefjord (2009)

Les tekstene på nett:



egne studier av den norske befolkningen fant at den daværende forekomsten var 0,15 % for spillelidenskap og 0,45 % for problematisk spilling, og i tallene er det flest unge menn. Forskningen tilsier at det er mest bedring etter en kognitiv tilnærming, og Gøttestam mener at behandlingen kan foregå i både rusfeltet og psykisk helsevern, ved psykolog og psykiater. I 2004 publiseres en artikkel om kunnskapsstatus for spillavhengighet (Molde et al., 2004) som beskriver bredden i den teoretiske forståelsen av patologisk gambling; psykodynamisk tilnærming, sykdomsteori, kognitiv atferdsteori, strukturelle modeller og avhengighetsbaserte modeller. Fra behandlingsforskningen viser forfatterne at flertallet av kontrollerte og manualbaserte studier er forankret i kognitiv atferdsterapi (KAT), og at det er KAT-studiene som viser lovende resultater. Året etter presenterer Randi Skjerve og Peter Prescott (2005) kliniske erfaringer fra et tilbud til pengespillavhengige som er basert på KAT og MI i Bergensklinikkene, og tilbyr kurset til kolleger i andre institusjoner.

2010-TALLET: Behov for integrering og driv mot fragmentering

TVERRFAGLIG SPESIALISERT rusbehandling er blitt forankret i helsefor-etakene (TSB) og ROP-lidelser (samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser) blir et etablert fagbegrep. Derfor er det ikke så underlig at tjenesteutvikling og differensialdiagnostikk tematiseres i flere artikler i denne perioden. Når helsemyndighetene anerkjenner at problematikken er sammensatt, blir det tydeliggjort at man er stilt overfor store utfordringer når det gjelder å organisere tjenestene slik at pasientene får god behandling.

Hvordan skal for eksempel eldre med ruslidelser sikres et godt behandlingstilbud? Hvis det er knyttet et stigma til ruslidelser, er det neppe mindre stigma knyttet til eldre og rus. Velkjente aldersstereotyper trekkes frem som en mulig forklaring på manglende henvisninger av eldre til spesialisthelsetjenester i Linn-Heidi Lundes artikkel fra 2013, hvor hun viser at helsepersonell i mindre grad henviser eldre til spesialisert rusbehandling enn yngre. Lunde redegjør for en kartlegging av omfanget av henvisninger av eldre til TSB, og beskriver karakteristika ved henvisninger der pasientene tilhørte den eldre aldersgruppen. Et flertall av henvisningene manglet informasjon som er vesentlig for inntaksvurderinger, og kun halvparten hadde opplysninger om psykisk helse. Når henvisninger mangler sentrale opplysninger, vil det svekke pasientens mulighet for å få et behandlingstilbud i TSB. Lunde beskriver problemstillingen som sammensatt. Hun peker på at utfordringer i symptomvurdering og diagnostikk blir forsterket når de standardiserte kartleggingsinstrumentene som er utviklet for å avdekke risikofylt og skadelig bruk av rusmidler, er mindre velegnet overfor eldre (Lunde, 2013).

I 2016 påpeker Hanne Jacobsen Lillevold at den viktigste inngangen til å gi ROP-pasienten rett behandling er en solid og kompetent klinisk helhetsvurdering av symptombildet (Lillevold, 2016). Men det krever kunnskap. For eksempel er symptomer på angst og depresjon også vanlige symptomer på avhengighet og abstinens. Rusmidler som har en dempende og «sløvende» virkning, kan tolkes som apati og depresjon, prodromalsymptomer eller negative symptomer ved schizofreni.

Utredning og diagnostiske vurderinger av personer med ruslidelse og samtidig psykisk lidelse er altså krevende og gjør det kritisk å få utviklet gode kartleggingsinstrumenter. I artikkelen «Å skille rus og psykopatologi – Diagnoseintervjuet PRISM i norsk elektronisk versjon» presenterer Eline Borger Rognli et al. (2016) PRISM-intervjuet som et verktøy for å belyse hvilken av tilstandene (hhv rus – eller psykisk lidelse) som best forklarer pasientens plager. Artikkelen gir en interessant og nyttig presentasjon av typiske kliniske dilemma i slikt vurderingsarbeid, og innspill til hvordan klinikerne kan nøste i disse.

I «Mentalisering i rusklinikk» (2014) beskriver Karterud, Lossius og Arefjord (2014) et pionerarbeid og pilotprosjekt i Bergensklinikkene, hvor man prøvde ut mentaliseringsbasert terapi i poliklinikk for ruspasienter. Bergensklinikkene ga et sentralt bidrag til praksis. Det var liten tvil om at pasienter i rusbehandling ofte strevde med emosjonsregulering og uttrygg

tilknytning og relaterte vansker. Mentaliseringsbasert terapi gav klinikerne teori og redskaper for å håndtere dette i praksis. I tillegg åpnet mentaliseringsteori og -terapi-trenden opp for perspektiver hvor man kunne forstå f.eks. både rusavhengighet og spiseforstyrrelser gjennom en felles linse, slik som Finn Skårderud beskriver rusen som en tilknytningsforstyrrelse i en tekst om den spisevegrende dikteren Arild Nyquist i 2010.

I 2010 behandles rus- og psykiske lidelser i stor grad separat i helsetjenesten, en situasjon som har paralleller i forskningen. Halvorsen et al. (2014) viser at et unntak her er forskning på behandling av samtidig PTSD og ruslidelse. Forfatterne gjennomgår åtte randomisert kontrollerte studier av de tre mest vanlige internasjonale behandlingsmodellene for samtidig PTSD og ruslidelse. De anbefaler integrert behandling, men konkluderer med at vi fortsatt har behov for metodisk mer rigorøse studier for å kunne gi konkrete behandlingsanbefalinger.

AVHENGIGHET I BREDDEN

Tekstene på 2010-tallet reflekterer en fortsatt bevegelse i faglig interesse mot avhengighet i ulike former. Perspektivet utvides nå ytterligere fra spillavhengighet til andre varianter av avhengighet som ligger utenfor diagnose-systemene. Psykologtidsskriftet publiserer oversiktsartikler om både arbeidsnarkomani (Andreassen, 2013), overdreven bruk av Facebook (Andreassen, 2013) og dataspill (Pallesen et al., 2015), og shoppingavhengighet/kompulsiv shopping (Andreassen, 2015). I en oversiktsartikkel om dataspillavhengighet – den eneste av de foregående avhengighetene som ble diagnose til slutt – gjennomgår Pallesen et al. ti behandlingsstudier av video game disorder / internet gaming disorder. Oppsiktsvekkende nok viste gjennomgangen at de fleste av studiene baserte seg på farmakologiske intervensjoner, og at bare én av studiene inkluderte kvinner. Forfatterne konkluderte at studiene innenfor feltet var for få og for metodisk svake til å kunne si noe som helst om effekt av behandling.

På den ene siden fremstår altså fortsatt komorbiditet og utfordringer knyttet til differensialdiagnostikk som sentralt tema på feltet i dette tiåret. På den andre siden ser vi at avhengighetsfenomenet blir studert i en mye videre forstand enn på 2000-tallet, og at psykologene fortsatt innfører nye metoder, slik som mentaliseringsbasert terapi, i rusbehandling.



**ELINE BORGER
ROGNLI** et al.
presenterer PRISM.
Foto: Per Halvorsen



LINN-HEIDI LUNDE
avdekker utfordringer i
helsetjenestene for eldre
med ruslidelser. Foto: UiB

Til glede for nye lesere

- Gutten som ikke ville ete. Å sette familien i halsen. Den norske multikunstneren Arild Nyquist (1937-2004) om utrygg tilknytning, anoreksi og rus av Finn Skårderud (2010)
- Mentalisering i rusklinikk av Nina Arefjord, Sigmund Karterud & Kari Lossius (2014)
- Shoppingavhengighet: en oversikt av Cecilie S. Andreassen (2015)

Les tekstene på nett:



2020-TALLET: God tradisjon og frempek



**KRISTOFFER
HØILAND OG
JENS EGELAND**

beskriver ikke-diagnostiske faktorer som kan påvirke behandlingsutfall. Foto: Per Halvorsen (øverst).

Foto: Sykehuset i Vestfold (nederst)

PSYKOLOGARBEID INNEN RUSFELTET har gått gjennom en formidabel utvikling sett i lys av tekster psykologene har delt i sitt fagtidsskrift de siste fem tiårene.

Gjennom artikler som ble publisert på 2010-tallet, fremstår rusfeltet som et høyspesialisert fagområde hvor det blant annet blir tydelig at det kreves en svært sammensatt kompetanse for god differensialdiagnostikk.

Selv om 2020-tallet fremdeles er ferskt, men vi har allerede eksempler på tekster som bekrefter inntrykket av rusfeltet som et fagområde hvor psykologene ansporer til psykologfaglige diskusjoner om begreper, hvor det fortsatt er utvikling i praksis og i forskning. Det er også artikler som kanskje gir et mer overordnet frempek på hvordan utviklingen i feltet vil gå videre.

I artikkelen «Pårørende som medavhengige» (2022) analyserer og kritiserer Liese Recke medavhengighetsbegrepet, et nokså psykologfaglig tvilsomt begrep, som fortsatt er i bruk i norsk rusbehandling. Hun skriver at «medafhængighetsbegrepet patologiserer adfærd som i andre kontekster defineres som omsorg, og pårørende kan oppleve skam og fortvilelse, når de ikke kan eller vil leve op til de medfølgende handleanvisninger eller tilslutte sig bestemte grundantagelser om rus, afhængighed og familiære relationer.» Teksten ledet til en konstruktiv og tverrfaglig debatt i spaltene våre (se f.eks Bjordal, 2022 og Vederhus, 2022), som inkluderte pårørendes egne perspektiver på saken (Ramm, 2022).

På 90-tallet noterte Skutle at psykologene løfter perspektivet fra rus mer avgrenset til avhengighet mer overordnet, en utvikling som befestet seg med 2000-tallets søkelys på spillavhengighet, til en nærmest avhengighetsinflasjon på 2010-tallet. I 2020 går utviklingen for atferdsavhengighetene videre. I Fra praksis-artikkelen «Porno i poliklinikken» (Mack, 2023), som beskriver et prøveprosjekt på Blå Kors Poliklinikk i Oslo for menn som sliter med overdreven bruk av nettporno, ser vi at «ruspsykologene» fortsatt prøver ut nye metoder og har med seg det brede blikket på avhengighet.

Den samme viljen til utprøving i praksis og til å hjelpe «de umulige» pasientene, vises i saken om pilotprosjektet på behandling av antisosial personlighetsforstyrrelse ved Avdeling for rusmedisin på Haukeland i Bergen (Halvorsen, 2021). Tilbudet her synliggjør at norske psykologer er i faglig front, og er nok et resultat og en videreutvikling av å bruke MBT i ruspoliklinikk på 2010-tallet. I dette tilfellet inngår den MBT-baserte gruppeterapien i forskningsprosjektet *A feasibility Study of Mentalization Based Therapy for Antisocial Personality Disorder in Norway*, som er forankret i Nettverk for Personlighetsforstyrrelser.

I skrivende stund har vi eksempler på artikler med mindre vektlegging av differensialdiagnostikk og diagnosespesifikke intervensjoner for subgrupper, og større vektlegging av ulike typer faktorer sin betydning i individuelle behandlingsforløp.

For eksempel argumenterer Arnevik et al. (2022) at avhengighetslidelser krever mer enn diagnosespesifikke intervensjoner. I deres artikkel om kjernekomponentmodellen presenterer forfatterne hvordan «å favne mer av den klinikknære praksisen, ivareta klinikernes intuitive kunnskap og samtidig sikre likeverdig og evidensbasert behandling». Kjernekomponentmodellen bygger på den transdiagnostiske tilnærmingen hvor tanken er å gå bak den ytre atferden og lage et klassifiseringsrammeverk basert på komponenter som deler felles etiologiske, kognitive, affektive og interpersonlige trekk.

Kristoffer Høiland og Jens Egeland (2022) behandler temaet om hvordan man kan forbedre og tilpasse behandling ved alkoholbrukslidelser fra en litt annen innfallsvinkel. I artikkelen illustrerer forfatterne pasientfaktorer som på ulike måter kan påvirke behandlingsutfall, og hvordan behandler kan tilpasse sin innsats i samsvar med slike. Ikke-diagnostiske faktorer som sosialt nettverk og arbeid blir trukket frem, men forfatterne behandler også mer diagnostiske forhold. Det er for eksempel interessant å lese at det finnes forskningsgrunnlag som ikke støtter opp under en behandlingss pessimisme

knyttet til komorbide personlighetsforstyrrelse og alkoholproblemer. Forutsatt at pasienter med personlighetsvansker forblir i behandling, har de ikke dårligere utfall enn andre. For behandleren indikerer dette at slike pasienter vil kreve større terapeutisk innsats, spesielt ved oppstart av behandling. Når pasienter har kognitive vansker, påvirker dette både mottakelighet for og effekt av behandlingsintervensjoner. Forfatterne trekker frem utfordringen ved at de fleste behandlingsmetoder krever intakte eksekutiv funksjon og hukommelse, «når nettopp slike funksjoner er sårbare for pågående eller kronisk alkoholinntak, og gjerne påvirker personen i begynnelsen av en avholdende fase».

Artikkelen presenterer en status på feltet som på mange måter oppsummerer kjernetema som har vært reist gjennom 50 år. Alkoholbrukslidelser er blant de tre vanligste psykiske lidelsene i Norge, men er samtidig den lidelsen færrest søker hjelp for. Bare en av ti mottar behandling, som ofte ikke effektiv (Høiland og Egeland, 2022). Her kommer forfatterne inn på en gammel problemstilling, nemlig spørsmålet om totalavhold som den mest hensiktsmessige behandlingsmålsettingen. Hvis det er en utbredt oppfatning i befolkningen at det stilles krav om totalavhold for å få hjelp, som for mange kanskje oppleves umulig, kan det forklare noe av årsaken til at pasientene ikke

kommer til hjelpeapparatet før problemene har utviklet seg til å bli alvorlige? Forfatterne slår fast at «Funnene tilsier at klinikere bør være klar over at anbefalinger om livslangt totalavhold ikke nødvendigvis er i tråd med evidensbasert praksis.»

Høiland og Egeland har studert litteraturen og sett på faktorer som predikerer tilbakefall, fordi «... kunnskap om faktorer med predikativ verdi for utfall kan brukes til å skreddersy behandling for den enkelte pasient.» Hvis vi baserer oss på fagartikler psykologer på rusfeltet har publisert gjennom årene, er i hvert fall en ting sikkert: tilbakefall er predikerbart. Og det er ikke få artikler som er blitt publisert i Psykologtidsskriftet hvor vi ser at psykologer setter spørsmålsteget ved praksisen om å frata personen behandlingstilbudet ved «sprekk». Fortsatt er det også het temperatur i diskusjonen om totalavhold eller måtehold som egnet behandlingsmål. Komorbiditet er utbredt i klinikken, men rusmiddelbruk og -lidelse er ofte, dog ikke alltid, et eksklusjonskriterium i klinisk forskning. Organisering av tjenester for en type psykisk lidelse som kjennetegnes ved å være sammensatt, er en utfordring for helsemyndighetene. Dette er et av spørsmålene i rusbehandling som er blitt reist av mange psykologer gjennom tiårene, som fortsatt gjenstår å svares ut. ❌

Les tekstene på nett:



Til glede for nye lesere

- Nytt håp for de antisosiale av Per Halvorsen (2021)
- Pårørende som medafhængige av Liese Recke (2022)
- Kjernekomponentmodellen gir nye muligheter i avhengighetsbehandling av Espen Ajo Arnevik, Oddvar Jordheim Tyssen og Inge W. Brorson (2022)
- Behandling av alkoholbrukslidelse: pasientfaktorerens betydning for gjennomføring og utfall av Kristoffer Høiland og Jens Egeland (2022)
- Porno i poliklinikken av Maia Mack (2023)

REFERANSELISTE

- Alfarnes, S. A. (2003). Diagnostikk av pasienter med samstundes rusmiddelbruk og psykopatologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 40(5), 404–411.
- Amundsen, J. E. & Kårstad, K. (2006). Om bare Jeppe visste... EMDR og rusbehandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(59), 469–475.
- Andreassen, C. S. (2013). Arbeidsnarkomani – en oversikt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(7), 652–663.
- Andreassen, C. S. (2013). Face it-du er Facebookavhengig. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(6), 606–609.
- Andreassen, C. S. (2015). Shoppingavhengighet: en oversikt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(3), 194–209.
- Arefjord, N., Karterud, S. & Lossius, K. (2014). Mentalisering i rusklinikk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(6), 461–464.
- Arnevik, E., Tyssen, O. & Brorson, I. (2022). Kjernekomponentmodellen gir nye muligheter i avhengighetsbehandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(3), 176–179.
- Berg, G., Laberg, J. C. & Skutle, A. (1977). En eksperimentell undersøkelse av «tenning» og «kontrolltap» hos alkoholavhengige. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 14(12), 33–43.
- Birknes, B. & Ravnanger, K. (2002). Rusmisbrukere og traume. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 39(9), 823–825.
- Bjordal, B. (2022). Et frigjørende begrep. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(4), 294.
- Bjørnevoll, K. O. (1976). Psykologens plass i alkoholistsorgen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 13(2), 34–39.
- Duckert, F. & Gran, S. (1981). Bruk av sosiale treningsgrupper i behandlingen av alkoholmisbrukere. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 18(4), 200–206.
- Duckert, F. (1993). «Kontrollert drikking» – et motsetningsfullt område i behandling av mennesker med alkoholproblemer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 30(7), 659–657.
- Eriksen, L., Johansen, K.G. & Mossige, S. (1977). Alkoholisme og myter – Tenning, tap av kontroll og spenningsreduksjon i lys av empiriske studier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 14(6), 3–19.
- Gjærum, M. (1979). Psykologrollen i alkoholistsorgen. Hvilken rolle har psykologer fått og hvilken bør de ha. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 16(7), 259–262.
- Gøtestam, G. (2001). Spillavhengighet- et misbruk uten substans. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 38(2), 97–98.
- Halvorsen, J., Gråwe, R. & Hoxmark, E. (2014). Randomiserte studier av psykologisk behandling for samtidig posttraumatisk stresslidelse og ruslidelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(1), 2–5.
- Hansen, F. (1990). Rusmisbruk i et familieperspektiv. Hvilke utviklingsmessige konsekvenser kan dette få for barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 27(10), 737–746.
- Hansen, F. (2000). De glemte barna – Barn av rusmiddelbrukende foreldre. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 37(10), 521–522.
- Haugland, B. S. (1992). *Ritualer og rutiner i familier med alkoholproblemer, Del I. Teoretiske begrep for beskrivelse av samspill*. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 29(8), 735–746
- Haugland, B. S., Dundas, I. & Hansen, S. (1987). Barn fra familier med alkoholproblemer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 24(10), 547–556.
- Høiland, K. & Egeland, J. (2022). Behandling av alkoholbrukslidelse: pasientfaktorens betydning for gjennomføring og utfall. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(9), 798–808.
- Johansen, J. A. (2007). Tverrfaglig spesialisert rusbehandling: et nytt tjenestemråde i spesialisthelsetjenesten. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(3), 269–272
- Johansen, K. G., Mossige, S. & Eriksen, L. (1977). Atferdsterapeutiske behandlingsmetoder ved alkoholisme. En kort oversikt med presentasjon av studier og resultater. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 14(10), 4–18.
- Karterud, S. og Arefjord, N. (2009). Personlighetsvurdering av rusavhengige pasienter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(4), 367–371.
- Kavanagh, D. & Mueser, K. (2007). Current Evidence on Integrated Treatment for Serious Mental Disorders and Substance Misuse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(5), 618–637
- Krogh, P. (1979). Forskning med tilknytning til behandling og rehabilitering av alkoholmisbrukere i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 16(7), 247–255.
- Kunøe, N. (2005). Naltrexonimplantat- en ny vei ut av heroinavhengighet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(9), 811.
- Kvamme, G. & Mullally, A. K. (2000). Gruppebehandling for barn av rusavhengige. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 37(6), 523–529.
- Larsen, S. & Nergård, R. (1990). Når vi alle? En undersøkelse av samiske og norske klienters bruk av Finnmark Fylkeskommunes rusmiddelinstitusjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 27(5), 33–334.
- Larsen, S. (1990). Hva er nytt i Minnesota-Modellen? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 27(1), 35–38.
- Lillevoold, H. (2016). Mellom to stoler – utfordringer ved behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(12), 994–999.
- Lunde, L. (2013). Eldre pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(10), 986–988.
- Lohne, P. & Buseth, T. (2006). Alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet: Integreert behandling i oppsøkende poliklinisk team. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(6), 563–573.
- Mack, M. (2023). Porno i poliklinikken. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(2), 74–78.
- Molde, H., Ingjaldsson, J., Kvale, G., Pallesen, S., Støyle, L.J., Prescott, P. & Johnsen, B. H. (2004). Spillavhengighet- Kartlegging, utbredelse, etiologi og behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41(9), 713–722.
- Pallesen, S., Molde, H., Bjorvatn, B., Mentzoni, R., Hans, D. & Huang, K. (2015). Behandling av dataspillavhengighet- en systematisk oversikt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(6), 470–478.
- Ramm, A. (2022). «Medavhengighet» på tynn faglig grunn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(4), 290–293.
- Ravndal, E. (2007). Evaluering av behandlingsskolektiver i rusomsorgen: har de fortsatt en plass i dagens rusbehandling? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(1), 17–21.

- Recke, L. (2022). Pårørende som medafhængige. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(3), 180–185.
- Reichelt, S. & Christensen, B. (1990). I hvilken hånd skal skjeen være? Erfaringer fra et prosjekt med stoffmisbrukere og deres familier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 27(9), 662–676.
- Reine, O. (1980). En «ny» behandlingsmodell og en del praktiske erfaringer med den. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 17(12), 599–607.
- Rognli, E., Krajci, P., Lie, T., Linderoth, L., Lien, L., Bramness, J. & Landheim, A. (2016). Å skille rus og psykopatologi – Diagnoseintervjuet PRISM i norsk elektronisk versjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(12), 1000–1005.
- Skjerve, R. & Prescott, P. (2005). Et behandlingsprogram for spillavhengighet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(6), 505–511.
- Skjørshammer, M. (1987). Alkohol og kultur. Om krysskulturelle undersøkelser av sammenhengen mellom kultur og drikketferd. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 24(8), 491–498.
- Skutle, A. & Berg, G. (1985). Motivasjon og forandringsprosesser hos tidligere alkoholmisbrukere. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 22(2), 78–82.
- Skutle, A. (2000). Fra psykologi til biokjemi: Nyere trender innen rusfeltet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 37(10), 897.
- Skutle, A., Hellandsjø E.T.B., Dahl, T., Løvaas, E.K., Schillinger, A., Møller, M. & van de Glind, G. (2011). Forekomst av ADHD blant pasienter i behandling for rusmiddelavhengighet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(9), 863–868.
- Skutle, A., Johannesen, V., Arianson, H., Riise, G. & Resser, D. (1990). Stoffmisbrukere og hiv: Risikoatferd, kunnskaper, holdninger og testresultat. Resultater fra en undersøkelse i Bergen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 27(8), 581–591.
- Skutle, A., Johannesen, V., Arianson, H., Riise, G. & Resser, D. (1992). Intravenøst stoffmisbruk og HIV: Øket sprøytetilgjengelighet som HIV-forebyggende virkemiddel. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 29(4), 301–312.
- Skårderud, F. (2010). Gutten som ikke ville ete. Å sette familien i halsen. Den norske multikunstneren Arild Nyquist (1937–2004) om utrygg tilknytning, anoreksi og rus. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(10), 916–929.
- Vederhus, J-K. (2022). «Medavhengighet» på tynn faglig grunn? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(5).
- Øydna, A. T. (2006). Diagnostisering av rusutløste psykoser ved en akuttpost. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(3), 234–239.

Borgestadklinikken

En «ny» behandlingsmodell og en del praktiske erfaringer med den

TEKST Ole Reine

MERKNAD

Denne teksten ble først publisert i TnPf nr. 12, 1980, og omfattes ikke av åpen tilgang-lisens.

Forfatteren skriver til tidsskriftet i dag:

På 70-tallet var behandlingstilbudet for rusmisbrukere i Norge stort sett bare passiv oppbevaring på institusjon og tilbud om sløvende og vanedannende medikamenter, med eller uten tilskudd av bønn og salmesang. Da Borgestadklinikken i Skien åpnet i 1977 var det med et tilnærmet medikamentfritt behandlingsopplegg basert på nyere gruppepsykologiske prinsipper og inspirert av terapeutiske samfunn i Holland og USA.

TREATMENT OF PERSONS WITH ALCOHOL PROBLEMS IN THE BORGESTAD CLINIC.

Abstract. – Prior to the opening of the clinic in 1977 the leading team tried to assess the essential features in an efficient treatment program for alcoholics. This search led to visits to Synanon and Daytop Village in the US and to Hoog Hullen in Holland. The principles of these therapeutic communities were adapted into a short-term treatment program. This program has since the start been through four different kinds of resistance.

1. An architectonic resistance from a building unfit for the purpose. 2. A resistance from the first patients who insisted on being taken care of in the traditional way and by the means of drugs. 3. A short but rather strong resistance from one part of the new staff who wanted more mothering of the patients and the use of more drugs. 4. A rather long-term resistance from part of the helping profession outside of the clinic. A follow up over a two-year span of the 198 persons treated for at least one week in 1977 shows that 22 has stayed away from all kinds of alcohol for the whole observation period. A majority, reports diminished intake of alcohol and increased satisfaction with life after the treatment.

Borgestadklinikken i Skien ble åpnet sommeren 1977 og er et behandlingstilbud for alkohol-, stoff- og medikamentmisbrukere av begge kjønn. Behandlingsopplegget skiller seg på mange måter ut fra det som er vanlig ved både psykiatriske institusjoner og innen alkoholistsorgen. Da vi, i hvert fall i Norge, representerer noe spesielt, har en del mennesker henvendt seg til oss for å få vite litt mer om behandlingsopplegget og de erfaringer som vi har gjort med det. Denne artikkelen er et forsøk på å etterkomme dette ønsket.

HISTORISK BAKGRUNN:

I behandlingen av menneskelige lidelser, det være seg fysiske så vel som psykiske, er det den medisinske behandlingsmodellen som dominerer bildet. I denne modellen finner vi en klar rollefordeling mellom pasient og behandler. Pasienten er passivt mottakende av omsorg, pleie og medisiner. Behandlingen innskrenker seg til å gjelde kun det aktuelle sykdomssymptom, og behandleren er ofte spesialist nettopp på dette aktuelle feltet.

Den medisinske behandlingsmodellen er ingen suksess når det gjelder behandlingen av rusmiddelmisbrukere. En oversikt fra New York kan fortelle at 17 % av privatpraktiserende leger og 31 070 av psykiatere i byen avslår å behandle alkoholisme fordi de ikke anser seg i stand til å gjøre noe med tilstanden (referert i Benett, 1977). En del av de som mottar alkoholikere til behandling har aldri oppnådd noen helbredelse av disse.

Et nytt behandlingstilbud for misbrukere så dagens lys i USA i 1958. Det nye var Synanon, en type terapeutisk samfunn der misbrukere behandlet hverandre uten bruk av medikamenter (Casriel, 1963, Yablonsky, 1965). Behandlingen var tøff. Det var aktivitet fra morgen til kveld. Senere fulgte andre terapeutiske samfunn som Daytop Village (Sugarman, 1974) og Phoenix House (De Leon, 1974). I dag er det

ca. 200 slike terapeutiske samfunn (TS) i USA. De betegnes gjerne som «nye TS» til atskillelse fra mer «demokratiske TS» av engelsk opprinnelse (Jones, 1979).

TS-modellen, som altså er utviklet av misbrukerne selv, tar klar avstand fra den medisinske behandlingsmodellen. I stedet for utelukkende å se på symptomet (rusmiddelmisbruk), fokuserer de på hele personligheten. Misbrukeren blir betraktet som umoden, ufornuftig, umoralsk og sosial. Han bruker rusmidler til å rømme fra ansvar og forpliktelser, men han kan også rømme på andre måter. Han trenger å bli moden, fornuftig, moralsk og sosial. En påvirkning i denne retningen er en pedagogisk og ikke en medisinsk oppgave. Han trenger oppdragelse og opplæring. Bero-ligende, smertestillende og sløvende medikamenter er kontraindisert!

Ifølge TS-modellen er denne opplæringsprosessen en forholdsvis lang-varig affære. Den kan strekke seg over ett år eller to. Denne tiden må utnyttes best mulig, og personen er i en læringsprosess 24 timer i døgnet. En arbeider i huset, driver fysisk trening, deltar på møter, i encountergrupper, i rene læringsklasser (lærer språk, regning m.m.), i kreative grupper m.m. En lærer etter hvert å ta ansvar, å omgås andre mennesker, å hjelpe og forstå andre, og en får etter hvert en ny, «frisk» identitet.

OPPSTARTINGEN AV BORGESTADKLINIKKEN

Det er vanlig at de som arbeider ved et TS enten selv er ex-misbrukere eller at de i hvert fall har personlig erfaring som innbygger ved et TS. Det sier seg selv at leger eller sosialarbeidere som er opplært etter den medisinske modell trenger ny opplæring for å kunne akseptere og bruke TS-modellen. Ved en del TS i utlandet er det mulig å legge seg inn som «pasient» eller innbygger for et kortere eller lengre tidsrom. Før klinikken startet, hadde bestyreren et 6 ukers opphold ved TS i USA (Daytop og Synanon). Selv var jeg en måned innlagt som pasient ved Hoog-Hullen, en TS for alkoholmisbrukere i Holland (Schaap, 1978). Vi var enige om å forsøke å tillemppe TS-modellen til norske forhold.

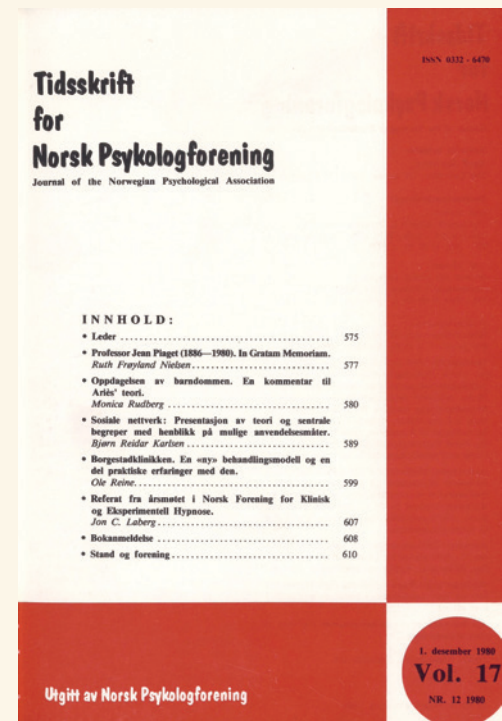
Ved ansettelse av medarbeidere la vi stor vekt på å få personer som var i stand til å bruke seg selv i arbeidet. De måtte igjennom et grundig intervju, der vi også brukte tester på sosial angst og selvinnsikt. Vi la vekt på egenskaper som initiativ, selvinnsikt, evne til å arbeide med seg selv og toleranse for usikkerhet. Resultatet var et 40-talls personer hadde betydelige ressurser, både faglig og personlig.

BEHANDLINGSOPPLEGGET

Borgestadklinikken har status av avrusningsstasjon, sykeavdeling, klinikk- og kuravdeling. Den skal drive korttidsbehandling så vel som langtidsbehandling, og kan følgelig ikke direkte sammenliknes med TS, der opplæringstiden ofte er ca. 1 år.

Når jeg i det følgende vil nevne litt av klinikkens behandlingstilbud, vil jeg særlig rette oppmerksomheten mot aktiviteter som er litt spesielle i norsk sammenheng.

Inntaksgruppa er en unik gruppe etter norske forhold, men velkjent fra TS i utlandet. Den holdes 5 dager i uken og ledes av to av personalet. Alle pasienter som ønsker et litt lengre opphold, må kvalifisere seg til dette ved å gå igjennom denne gruppa. Her blir pasientene pålagt oppgaver som de må ha utført til møtet neste dag. Alle pasientene må besvare skriftlig hva de ønsker å få ut av klinikkoppholdet og hva de ønsker å forandre ved seg selv. Senere får de individuelle oppgaver tilpas-



SLIK SÅ PSYKOLOGTIDSSKRIFTET ut i 1980, utgaven der denne artikkelen ble publisert. På omslaget kan vi lese at Jean Piaget døde samme år og at det har vært avholdt årsmøtte i Norsk Forening for Klinisk og Eksperimentell Hypnose.

set deres egen livssituasjon. Personer med stor sosial angst kan f.eks. bli bedt om å intervju 10 personer om deres yndlingsrett, eller klage på noe under «morgenmøtet». Andre kan få til oppgave å notere ned 15 positive og 15 negative sider ved seg selv, å gjøre rede for sine drikkevaner, å skrive brev til sine barn, å lage et utklippsbilde over temaet «kjærlighet», å bake en kake osv., osv. Er en oppgave dårlig utført, blir den gitt om igjen. Hensikten med inntaksgruppa er både å teste motivasjonen og å stimulere den. Etter en tid i inntaksgruppa (lengden avhenger av hvor ivrig en arbeider), blir personen sluppet igjennom. Dette markeres ved at han skriftlig må forplikte seg til å overholde de tre grunnregler på klinikken: 1) ingen bruk av alkohol, stoff eller medikamenter som ikke er foreskrevet av klinikkens leger, 2) ikke noe sex på klinikken og 3) ikke noe bruk av vold på klinikken. De forplikter seg også til å melde ifra på «morgenmøtet» dersom de har mistanke om at noen har brutt disse reglene

Morgenmøtet er et daglig fellesmøte for pasienter og personalet. Møtet er en kombinasjon av faste poster og en «happening». Faste poster er: a) rominspeksjon der uorden på rommene blir kommentert, b) forsovelser (de som forsover seg må vekke medpasientene på klinikken to morgener) og c) forglemmelser av Aversan eller urinprøve. De sistnevnte får «lærepenger» i form av en stor Aversantablett i papp eller et urinbeger som de skal bære om halsen ett døgn framover. Resten av møtet kan inneholde de forskjelligste ting: spørsmål tas opp, aktiviteter planlegges, pasienter takker for seg, tidligere pasienter kommer tilbake på besøk, siste ukes arbeidsterapi vurderes m.m. Møtene er ofte ganske følelseladede. Folk viser fram hvem de er. Alle pasientene må ta sin tårn med å skrive referat fra dette møtet og lese det opp på neste møte.

Arbeidsterapien består i å holde klinikken i funksjon. Pasientene er delt inn i arbeidsgrupper, som under ledelse av en «formann», har ansvaret for kjøkkenarbeid, rengjøring, parkområdet omkring klinikken, andre huslige gjøremål og for at «Tørkeskapet», klinikkens meget lokale avis, kommer ut daglig. Om kvelden arbeider to pasienter på avrusningsavdelingen, der de tar imot ny-innkommne pasienter. På natten får de avløsning av to andre pasienter.

Gruppeterapi er det 6 timer i uken. En forsøker å holde en høy grad av aktivitet under møtene. Konfrontasjonsteknikker blir mye

brukt. Viktig er her åpenhet, ærlighet. Øvelser og rollespill kan bli brukt. Vanligvis har vi holdt faste seminarer fire ganger i uken, kl. 1530–1630. Her er ulike emner i tilknytning til rusmiddel-misbruk, psykologi, medisin eller sosiale forhold blitt tatt opp.

Noen ganger i året er det blitt arrangert *gruppemaratone*, fra kl. 0830 og til midnatt eller senere. Her er det blitt brukt en rekke øvelser og encounter-teknikker. Disse maratongrupperne har alltid vært intense og dramatiske, og bidratt til et større samhold og en friere atmosfære

Pasientene fører dagbok. Denne blir gjennomgått med en kontaktperson i personalet en gang i uken. En del blir også pålagt å skrive en utførlig selvbiografi som på samme måte blir grundig gjennomgått. Denne skrivingen må i likhet med inntaksgruppeoppgavene utføres på «fritiden» om kveldene,

Behandlingen er så godt som medikamentfri. For å kunne gjennomføre dette må medikamentmisbrukere avgi urinprøve tre ganger i uken. Andre avgir stikkprøver, Urinen blir analysert ved klinikkens laboratorium (m.h.t. amfetamin, benzodiazepiner, barbiturater, opiater, cannabis, propoxyphen, cocain og metadon). Alkotester utføres rutinemessig. Bruk av aversan er nærmest obligatorisk.

I behandlingshverdagen finner vi en omsorg og et engasjement fra så vel pasienter som personalet som det er vanskelig å beskrive. Uten denne varmen ville det vært uråd å pålegge folk så mye forpliktelser. Det er viktig å understreke dette forholdet.

ETTERVERNSFASEN

En tørrlagt alkoholiker kan lett «sprekke» eller rettere «gi opp» dersom hans livssituasjon fortoner seg problemfylt eller uløselig. I større grad enn han ofte selv er klar over, har han derfor behov av en oppfølging av det han har lært. Slik oppfølging kan skje via AA, Kameratklubber, Blå Kors, AKA eller kontakt med klinikken gjennom dens ettervernsgrupper, eller mer uformell kontakt med enkelte av personalet. Vi har lite nytt å si om denne ettervernsfasen enn det som vel er kjent for de fleste. Det vi vil understreke er at den er meget viktig. Vår erfaring er at av de pasienter som holder seg tørrlagt etter klinikkoppholdet, beholder langt de fleste en eller annen form for kontakt med klinikken eller andre ettervernsgrupper i lang tid etter utskrivningen.

MOTSTAND MOT BEHANDLINGSOPPLEGGET

Langt de fleste behandlingsinstitusjoner for alkohol- og stoffmisbrukere har basert sin behandling på sykdomsmodellen. Ifølge det synet Borgestadklinikken baserer sin behandling på, er pasienten for så vidt frisk, men har lagt seg til uheldige livsmønstre, vaner og verdisyn. Pasientene må læres opp til å nyte livet uten å bruke alkohol.

Vi som føler oss ansvarlige for klinikkens behandlingsopplegg, har opplevd motstand fra forskjellig hold. Denne motstanden kan ses som en konflikt mellom sykdomsmodellen og den behandlingsmodell klinikken står for. I alt kan vi identifisere fire ulike typer av reaksjoner, alt etter hvem reaksjonene kommer fra. Jeg vil i det følgende omtale disse fire motstandsfasene i den rekkefølge vi opplevde dem.

Første motstandsfase

Arkitektonisk motstand

Den arkitektoniske motstanden var ikke opprinnelig ment å være noen motstand, men representerte like fullt en vanskelighet for gjennomføringen av vårt behandlingsopplegg. Intensjonene bak utformingen av bygningen synes å være nærmere sykdomsmodellen, eller «pleiehjemsmodellen», enn den behandlingsmålsetting klinikken har lagt seg på. På de drøye 3000 m2 boligflate prioriteres privatlivets fred. Pasientrommene består av omtrent like mange en- og tomannsrom. For å gjøre disse rommene attraktive, er de gjort større enn hva forskriftene krever. Dobbelrommene er konstruert slik at to senger står etter hverandre langs en vegg med et skap imellom dem. Da jeg spurte arkitekten om sengene ikke kunne erstattes med sofabanker som sto overfor hverandre med et bord mellom, slik at folk kunne sitte der inne å se og prate med hverandre, var dette umulig pga. det elektriske opplegget som da var fastlagt. Arkitekten fortalte at han hadde plassert sengene lengst mulig fra hverandre med en skapseksjon mellom sengene, slik at pasientene skulle føle seg mest mulig usjenert (les: alene) i forhold til hverandre.

Enda mer uforstyrret enn på et soverom kan man være på et toalett. Bygningen er for sikkerhetsskyld utstyrt med til sammen 32 toaletter. Til sammen 186 m2 gulvflate er avsatt til dusj, bad og wc. Arkitektonisk er det lagt opp til en avlukket, uforstyrret tilværelse for pasientene. Våre intensjoner har tvert imot vært å lage et

miljø preget av fellesskap og sosiale aktiviteter. For å gjøre dette har vi til tider måttet handle direkte imot de arkitektoniske intensjoner. En innkjørselshall for sykebiler ble på et tidlig tidspunkt endret til stue. Redaksjonen av klinikk-avisa «Tørkeskapet» er flyttet inn på et større badrom som er blitt teppebelagt.

Heldigvis har klinikken en del fellesrom. I alt er det fem stuer, en større kombinert spisesal/ forsamlingshall, et tilfluktsrom som er innredet som andaktsrom og et arbeidsterapirom som også kan brukes til maratongrupper og til kurssamlinger.

Erfaringene fra Borgestadklinikken får meg til å tro at det i Norge bygges en god del behandlingsinstitusjoner der arkitektene prioriterer privatlivets fred. En slik bygning innbyr samtidig til isolasjon og fremmedgjøring. Bygningen blir dermed en motstander som behandlingspersonalet får å kjempe imot.

Andre motstandsfasen

Pasientopprør

Straks klinikken åpnet sommeren 1977 startet den med sitt medisinfrie, miljøterapeutiske opplegg. Pasienter som var vel skolerte gjennom flere års behandling (å la sykdomsmodellen) på diverse kursteder og klinikker landet over, og som nå strømmet til for å gjøre seg godt av de nye fasilitetene Grenland hadde å tilby, måpet av forbauselse etter å ha lagt seg inn på klinikken. I første omgang trodde de behandlingsopplegget skyldtes vår uvitenhet om alkohol- og stoffmisbruk, og tok oss i skole. Vi måtte forstå at det som hjalp folk med alkoholproblemer og tynnslitte nerver var beroligende medikamenter, sovemedisin og ellers å la dem få være i fred. Det at disse stakkars menneskene skulle sitte på gruppemøter, høre på forelesninger og arbeide på kjøkken var et overgrep mot den menneskelige natur. Etter forgjeves å ha belært oss, reiste en del fra klinikken med trusler om rettslig forfølgning og offentlig uthenging av oss i massemedia for den uforstand og de makte overgrep vi sto for. Denne motstandsfasen, som kanskje varte et par måneder, døde ganske raskt hen. Snart begynte en del av de samme pasienter å legge seg inn på ny, men denne gangen uten den sterke protestholdningen som hadde preget dem mens klinikken ny. Noen pasienter reiser nok fremdeles var fra klinikken i indignasjon over at noen har bedt dem om å gjøre ditt og datt, eller at de ikke har

fått medisiner for ditt eller datt, men det samlede pasientmiljø har etter at opprørsfanen ble fjernet, i hovedtrekkene vært positivt og aktivt støttet klinikkens opplegg.

Tredje motstandsfasen

Personalrevolusjon

Et par måneder etter at det temmelig uorganiserte pasientopprøret hadde ebbet ut, begynte en ny og mer organisert motstand. Motstanden kom fra en del av betjeningen, og rettet seg særlig mot bestyreren og meg selv som jo med rette måtte ansees for ansvarlige for mye av behandlingsopplegget. Kritikken gikk ut på at vi var kalde, hjerteløse og kort sagt umenneskelige overfor pasientene. Det var særlig det man selv ikke hadde sett, men kun hørt av sjokkerte pasienter, som var det mest foruroligende. Etter å ha ulmet en stund, ikke minst under nattens mulm og mørke der søvnløse pasienter kunne betro seg til et sjokkert nattpersonale om alt det redselsfulle og uforståelige som hendte om dagen, tok en del av personalet mot til seg og «spilte opp revolusjonsetyden». Dette skjedde under et fellesmøte («morgenmøte»), der både pasienter og personalet var samlet. Kort fortalt har jeg selv aldri vært utsatt for så mye kritikk i arbeidstiden hverken før eller senere. Bestyreren fikk ingen blidere behandling. Det historiske morgenmøtet ebbet ut med at pasienter kom fram og forsvarte både oss som personer og det behandlingsopplegget klinikken sto for. Det gikk imidlertid flere måneder før etterdønningene etter denne «revolusjonen» hadde lagt seg. De sterkeste «revolusjonære» ble mindre åpne i sin kritikk, men røpet gjennom sine handlinger at de var mot klinikkens behandlingsfilosofi. En av nattevaktene innlosjerte ved flere anledninger pasienter som ikke orket å være ved klinikken hjemme hos seg selv. Ved en annen anledning tok en miljøarbeider imot en «rømt» pasient, og på forespørsel fra klinikken om hun hadde sett vedkommende, svarte hun benektende «for å beskytte pasienten». Denne «undergrunns terapien» eller «parterapiene» er nok ikke uvanlig omkring på behandlingsinstitusjonene. Parterapeutene oppnår en del gevinst ved at de var «snillere» og «mer forståelsesfulle» enn resten av behandlingspersonalet.

Vår erfaring var at det særlig var nattpersonalet og ellers personer som sto litt fjernt i forhold til den aktive behandlingen, som ble offer for sladder og løse rykter og som senere utviklet

seg til paraterapeuter. Problemet ble betraktet som et kommunikasjonsproblem, og følgelig ble både nattpersonalet og det øvrige personalet oppmuntret til å være med i alle behandlingssammenhenger på dagtid. Fordi personalet nå kunne sammenholde ryktene med sine egne, personlige erfaringer, døde «personalrevolusjonen» omsider ut og ble erstattet av et større samhold personalet imellom. Opprettelsen av personalgrupper, der personalet lærte hverandre bedre å kjenne, var nok også en medvirkende årsak til dette.

Fjerde motstandsfasen

Sosialomsorg-sorg

Det sosiale hjelpeapparatet hadde med forventning sett fram til at klinikken skulle åpne. De regnet med at klinikken kunne avlaste dem for noen av de største problemene, dvs. noen av de mest krevende klientene, i hvert fall for en tid. Stor var derfor sosialomsorgens sorg da flere av disse klientene snart befant seg tilbake på kontorene og forlangte ny omsorg. At klientene kom tilbake, var kanskje ikke så overraskende som at de kom så raskt tilbake. Etter hvert som håpet om at klinikken ville endre sin behandlingsfilosofi svant, så man seg nødsaget til å henvise sine klienter til andre behandlingsinstitusjoner. Dette passet en del av klientene godt, da de dermed ble behandlet som syke mennesker. Enkelte privatpraktiserende leger ble revet med av denne sorgen, og påtok seg ansvaret med å hjelpe ved å gå inn på meget langsomme og forsiktige nedtrappinger av narkomane.

Karakteristisk for sosialomsorg-sorgen var at den artikulerte en del klienters indignasjon over behandlingsopplegget. Det ble aldri noen debatt om hvorvidt vår behandlingsform var effektiv eller ikke.

Misbrukere, som stadig gjentar seg selv, kan med en viss rett mistenkes for å drive et spill av den type Berne (1964) har beskrevet. Spilleren vil sørge for at den som driver behandlingen får skylden for at behandlingen ikke lykkes. En indignert alkoholikerspiller, som nylig forlot klinikken, kan tjene som eksempel. Da han ble innlagt (for 3. gang), fortalte han at han skulle gjøre alt for å bli «frisk». Etter 10 dager forlot han klinikken, fordi en av behandlerne hadde forlangt å få en trekantsamtale med han og foreldrene. Han ønsket ikke å blande foreldrene sine, som han for øvrig bodde hos, bort i saken. Det han ikke fortalte var at han var blakk da

han la seg inn på klinikken, og hadde fått flere tusen kroner i sykepenger noen minutter før behandleren stilte det utdige spørsmålet om å få foreldrene til en samtale. Denne pasienten vil neppe legge mindre vekt på klinikkens skyld i hans avreise når han legger saken fram for et sosialkontor, enn han gjorde det da han forlot klinikken.

Sosialomsorg/-sorgen var ikke noe uventet fenomen. Erfaringen fra terapeutiske samfunn i utlandet viser at denne behandlingsformen møter svært mye skepsis og mistenksomhet fra det etablerte behandlingsapparatet. Årsaken til sosialomsorg-sorgen er trolig den samme som årsaken til personalrevolusjonen; nemlig manglende kommunikasjon. Fordi kommunikasjonsavstandene i dette tilfellet er meget større enn innenfor klinikken, har denne siste motstanden vært den vanskeligste å komme over.

Det er interessant å legge merke til at motstanden mot klinikkens behandlingsopplegg ikke har gått på at den er ineffektiv, men at den er ubehagelig for pasientene. Innen medisinsk forskning er det mindre interessant om en behandlingsform er behagelig eller ubehagelig. Det avgjørende pleier å være om den er effektiv eller ineffektiv. Et høyst relevant spørsmål å stille både til Borgestadklinikken og andre institusjoner som behandler misbrukere, blir derfor om den har noen terapeutisk effekt. Vi skal senere komme litt inn på dette spørsmålet, men først se litt nærmere på hva de innlagte pasientene egentlig mener om klinikkens behandlingsopplegg.

PASIENTENES REAKSJON

Tre til fire ganger i året har de innlagte pasientene anonymt besvart et spørreskjema angående klinikken og dens behandlingsopplegg. Besvarelsene har vært brukt til å justere og endre de behandlingstilbudene som eksisterer.

I 1978 ble spørreskjemaet besvart tre ganger, og slår vi sammen disse undersøkelsene, viser resultatene at på en femdel skala, svarer ca. 75 % av pasientene at de trives «utmerket» eller «godt», ca. 20 % svarer «middels» og under 5 % svarer at de trives «dårlig» eller «elendig». Omtrent den samme fordelingen viser seg på spørsmålet om hvor stort utbytte de hittil har hatt av behandlingen. På et åpent spørsmål om hva de er mest fornøyd med, nevner halvparten av de som svarer det gode miljøet på kli-

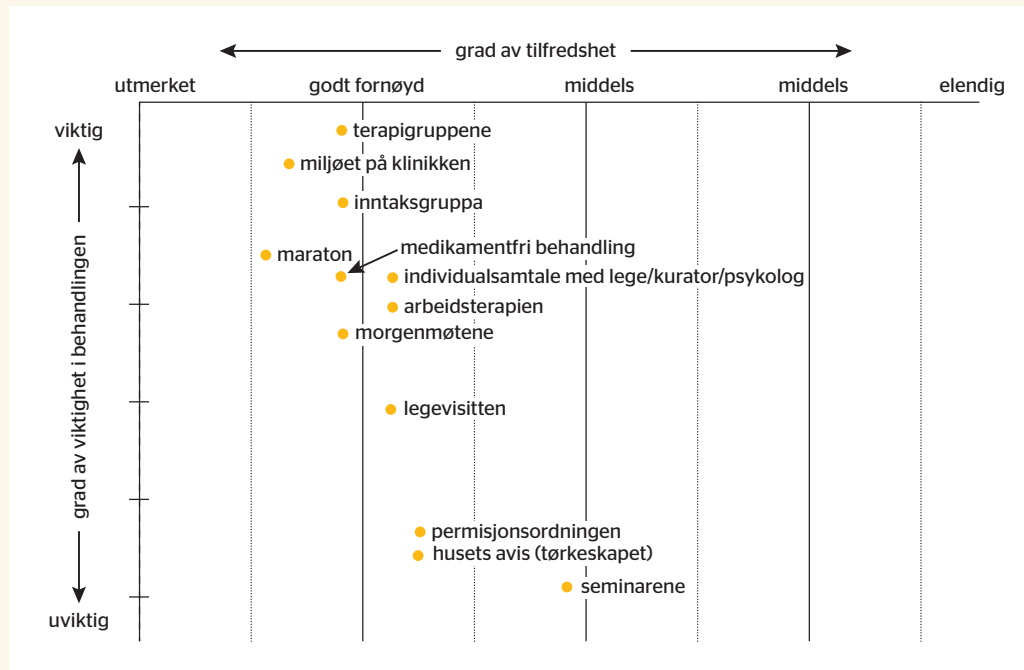
nikken og kameratskapet mellom pasientene, mens ca. en fjerdedel nevner tillitsforholdet pasienter/ansatte. På spørsmålet om hva de er mest misfornøyd med, er det seminarne, dvs. forelesningen om aktuelle emner, ofte tilknyttet alkoholisme, eller emne som tar utgangspunkt i ulike livsproblemer, som viser seg minst populære. Ved disse interne undersøkelsene har pasienter bl.a. vurdert 12 forhold ved klinikken ut fra både

- a) hvor tilfreds de er med gjennomføringen av disse forholdene og
- b) hvor sentrale de synes forholdene er for deres egen behandling.

Figur 1 viser i ett diagram begge disse forholdene. En vil se at de aktive formene for påvirkning, slik som terapigruppene, inntaksgruppa og maraton, både blir vurdert som viktig og som forhold en er tilfreds med. Her er den enkeltes personlige engasjement stort, og hans konfrontasjon med andre mennesker står sentralt i bildet. Vi kan altså med en viss rett si at det som en på forhånd så som sentralt i behandlingen også har funnet respons blant pasientene. Vi er klar over at en del pasienter ikke deler de inneliggende pasientenes oppfatning om at klinikken er brukbar, og derfor forlater klinikken så raskt at deres mening ikke rekker å bli fanget opp i en slik enkel undersøkelse. Vi har imidlertid et klart inntrykk av at mens enkelte forlater oss raskt, er det også en del som nettopp blir værende hos oss pga. klinikkens engasjerende behandlingsopplegg.

BEHANDLINGSRESULTATER

I samarbeid med Statens institutt for alkoholforskning, ble det sommeren 1979 gjort en etterundersøkelse på pasienter som hadde vært innlagt ved klinikken i siste halvår av 1977, altså det første halvåret da klinikken var i drift (Kverme, 1979, Reine, 1979). I alt hadde 198 pasienter vært innlagt ved klinikken i mer enn 1 uke i 1977, og av disse var 190 fortsatt i live sommeren 1979. Disse ble kontaktet gjennom et ganske omfattende spørreskjema. 97 besvarte spørreskjemaet, en svarprosent på drøye 50. Under oppholdet i 1977 ble 58 av disse personer karakterisert som alkoholikere, 25 som blandingsmisbrukere (stoff, medikament og/eller alkoholmisbrukere), 8 som alkoholmisbrukere, 1 som medikamentavhengig og 5 som utbrente alkoholikere (vernehjemskasus). 62 av dem



FIGUR 1. Hvordan pasientene i 1978 vurderte ulike forhold ved klinikken. Figuren viser hva de vurderte som viktig/uviktig, og hvor godt de var fornøyd.

hadde hatt tidligere opphold innen alkoholomsorgen.

På spørsmålet om de hadde noe utbytte av oppholdet ved Borgestadklinikken i 1977, svarer 69 % ja, 11 % nei og 20 % at de ikke har noen mening om dette. Når de sammenlikner året før og året etter oppholdet i 1977, svarer 76 % at de klarte seg bedre i forhold til alkohol året etter oppholdet, 6 % at de klarte seg best året før oppholdet og 18 % rapporterer ingen endring. 25 av de spurte oppgir at de ikke har brukt alkohol etter 1977. En nærmere undersøkelse viser at vi

må avvise påstanden fra 3 av disse, men tilbake står 22 personer som siden 1977 har vært totalavholdende. 19 av disse 22 har helt siden utskrivningen fra Borgestadklinikken i 1977 holdt en forholdsvis nær kontakt med klinikken. Ifølge våre opplysninger er 21 av disse 22 fortsatt totalavholdende enda i dag, ca. 3 år etter oppholdet. Ytterligere 14 personer kan karakteriseres som nesten totalavholdende i observasjonsperioden. Det forbrukte kvanta alkohol er her beskjedent, fra et par flasker pils (hos 6 stk.) og opptil et par ukers drikking i løpet av 2 år. Felles for disse 14 er at de har klart seg meget godt etter oppholdet, sett i relasjon til hvordan det var før oppholdet. Også blant de øvrige er

det en del som oppgir lange, sammenhengende edru perioder, 6–7 oppgir perioder på over 1 år.

Det er en klar tendens i retning av at de med diagnosen «alkoholiker» klarer seg best i forhold til totalavhold. Av de 58 personene som fikk denne diagnosen, var det 19 som hadde vært totalavholdende i hele observasjonsperioden. Ytterligere 10 av dem hadde vært nesten totalavholdende. Av de 25 personene som fikk diagnosen «blandingsmisbruker», er det bare 1 som har vært totalavholdende og ytterligere 1 som har vært nesten totalavholdende i observasjonsperioden. Det er videre en klar tendens i retning av at det er de som har hatt de lengste oppholdene ved Borgestadklinikken i 1977 som gjennomgående klarer seg best. Dette betyr ikke nødvendigvis at et langt behandlingsopphold har vært årsaken til at de klarer seg godt, da det her er vanskelig å uttale seg om årsak og virkning. Data er imidlertid ikke uforenlige med antakelsen om at behandlingsopplegget har hatt reell effekt. Et annet forhold som sannsynligvis har virket inn, er ettervern. Det er en klar tendens i retning av at de personene som gjennomgående klarer seg best, også er de som i størst grad har benyttet seg av slike ettervernstilbud.

I etterundersøkelsen er det 12 personer som svarer at de har et kontrollert forhold til alkohol. Et interessant forhold her er at bare 5 av disse 12 hadde diagnosen «alkoholiker» da de ble innlagt i 1977. I av disse 5 har vært til gjentatte reinnleggelses på klinikken etter 1977, og for oss fortøner det seg helt klart som han har et ukontrollert forhold til alkohol. De øvrige 4 har vi hatt lite kontakt med, og det er derfor mulig at de virkelig har kontroll med alkoholen. Av de 58 som hadde diagnosen «alkoholiker» i 1977, blir det da tilbake 19 som har vært totalavholdende etter 1977, 10 som var nesten totalavholdende i observasjonsperioden og 4 som rapporterer et kontrollert forhold til alkohol. Vi kan altså ikke bekrefte enkelte undersøkelser fra utlandet som tyder på at blant pasienter som mottar behandling innrettet på totalavhold, er det like mange som lærer å drikke normalt og som blir totalavholdende. De innkomne data tyder videre på at de 12 som rapporterer kontrollert drikking gjennomgående har en dårligere tilpasning til familie og arbeidsliv enn hva de totalavholdende eller nesten totalavholdende har.

KONKLUSJON

Etter tre års drift av klinikken, tror vi fremdeles at de prinsipper vi legger til grunn for behandlingen er riktige. Vi opplever at stadig flere som arbeider innen misbrakerfeltet finner det riktig å behandle misbrukere tilnærmet medika-

mentfritt. Likeledes synes det å være en trend i tiden som går i retning av en mer intensiv behandling av misbrukerne. Ikke minst resultatene fra Hasselakollektivet har bidratt i denne retningen. Når det gjelder ettervernets betydning, peker vår erfaring helt klart i retning av at den er meget stor. Vår erfaring er at sosialomsorgen dessverre fremdeles gir ettervernet en lav prioritering. Sosialkontorer, som villig vekk kjører klienter lange veger for å få dem inn på kursteder, beklager at de ikke har midler til å drive ettervern. Ved enkelte sosialkontor har vi imidlertid sett en omprioritering, som vi finner lovende. Når det gjelder vår tro på at totalavhold er nødvendig for de som litt unyansert betegnes som «alkoholikere», så er jo ikke denne troen særlig original. Erfaringer fra vår etterundersøkelse bekrefter at totalavhold er det mest realistiske alternativet for alkoholikere. De som rapporterer kontroll med alkoholforbruket er fortrinnsvis personer som ikke er blitt betegnet som alkoholikere. At vi i dag driver behandlingen etter de samme prinsipper som for tre år siden, betyr ikke at behandlingsopplegget har vært uforandret. Tvert imot skjer det stadig endringer innen organiseringen av arbeidsterapien, tidspunktene for terapigruppene, ordningen med seminarer m.m. En slik fornyingsprosess er en naturlig del av behandlingshverdagen. ✕

REFERANSER

- Benett, A. E. *Alcoholism and the Brain*. New York: Stratton Intercontinental Medical Book Corp., 1977.
- Berne, E. *Garnes People Play*. New York: Grove Press, 1964.
- Casriel, D. *So Fair a House: The Story of Synanon*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc., 1963.
- De Leon, G. *Phoenix House: Studies in a TC (1968-1973)*. 655 Madison Ave, New York, New York 10021: Mss Information Corporation, 1974.
- Jones, M. Therapeutic Communities, Old and New, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1979, 6, (2), 137-149.
- Kverme, A. Behandlingsresultatet av alkoholikarar. Stensil. Borgestadklinikken. Årsmelding 1979.
- Reine, O. Etterundersøkelse av pasienter innlagt ved Borgestadklinikken i 1977. Stensil. Borgestadklinikken. Årsmelding 1979.
- Schaap, G. E. A New Butch Experiment, Hoog Hullen. A drugfree therapeutic community for alcohol addicts. *The Addiction Therapist*, 1978, 2, 170-180.
- Sugarman, B. *Daytop Village: A Therapeutic Community*. Holt, Rinehart and Winston Inc., 1974.
- Yablonsky, L. *The Tunnel Back: Synanon*, New York: MacMillan, 1965.

Psykologen og utsatte grupper

FOTO: INGVILD CONSTANCE FESTERVOLL MELLEN / UIB



1970-TALLET

I 1973 fjernes straffelovens forbud mot homoseksualitet (sex mellom menn). Fra 1977 faller homofili bort som diagnose i Norge. Det er få tekster om legning i tidsskriftet.

I 1975 spør redaktør Erik Larsen seg om eldre kan utgjøre en utfordring for psykologer.

Geir Trahaug (1979) ville studere den nye pensjonisttilværelsen påvirkning på parforholdet. Han støter på store problemer i rekruttering av deltakere, og presenterer betraktninger om å motivere eldre til å delta i psykologiske undersøkelser, framfor resultatene i det selekterte utvalget han fikk i tale.

1980-TALLET

Ved en endring av straffeloven i 1981 innfører Norge, som første land i verden, bestemmelser som gir homofile som enkeltpersoner og gruppe særskilt strafferettslig vern mot nedsettende omtale og diskriminering (§§ 135a, 349a)

I 1989 tegner Per Miljeteig Olsen og Ragnar Kværness opp et trist bilde av holdningene homofile møter i individuell- og parterapi. De oppfordrer heterofile kolleger til å skaffe kunnskap om homofil «kultur».

1990-TALLET

Gjennom partnerskapsloven i 1993 innfører Norge, som andre nasjon i verden etter Danmark, lovregulering av homofilt samliv.

I 1999 oppsummerer psykologstudentene Margrethe Seeger Halvorsen og Andreas Joner forskning på barns oppvekst i lesbiske parforhold. Litteraturen viser ikke at oppvekst i homofile familier gir atypisk utvikling.

I 1994 skriver Willy-Tore Mørch om en undersøkelse av 126 barn av psykisk utviklingshemmede foreldre. Den viser at det ble født et stort antall barn hvor mange ble utsatt for omsorgssvikt. Konklusjonen er at det er behov for kompetanseutvikling, slik at foreldrene får opplæring og oppfølging.

I 1998 utgir tidsskriftet et omfangsrikt temanummer om eldrepsykologi, med Inger Hilde Nordhus (bildet) og Geir Høstmark Nielsen som redaktører.

Podkastepisode:

Psykologen og minoriteter

I 1973 ble homofili avkriminalisert i Norge, men var like fullt regnet som psykisk lidelse i ytterligere fem år. Først i 1990, ble homofili fjernet fra ICD-10. Der fant man *transseksualisme* frem til 2020 da diagnosen ble erstattet av kjønnsinkongruens og tatt ut av kapittelet om psykiske lidelser. Har fagfeltet bidratt til å sykeliggjøre minoriteter og fremdyrke et mål om likhet og endring? Og hva

med møtet med etniske og religiøse minoriteter? Statens forskningspolitikk overfor egen urbefolkning ble forlatt midt på 1900-tallet, men henger assimileringstenkingen fortsatt igjen? Hvilke normer måler vi samfunnets grupper og mangfold opp mot? Dette snakker vi om i vår podkastepisode om forsømmelser og fordømmelser i arbeidet med minoriteter.



DU FINNER vår podkast på Psykologtidsskriftet.no/podkast



2000-TALLET

I 2002 skriver Haldis Hjort «Psykoanalysens syn på homofili. En faglig, historisk og etisk vurdering». Hun formidler en sterk og lavmælt aksept for «de som elsker personer av samme kjønn som sitt eget». Hun viser frem mangelen på oppgjør med en ullen fortid og debatten er i gang.

Et marginalt, men alvorlig problem tas opp av Anne-Kari Torgalsbøen (bildet) i 2008 når hun skriver om mishandlingen som barn kan utsettes for ved Munchausen by proxy.

FOTO: NORA SKJEDINGSTAD

2010-TALLET

I 2010 skriver Sigmund Elgarøy og Peter Aasleland artikkelen «...det er ingen rede at faa paa ham»: samiske pasienters psykiatrijournaler 1902–1940». De viser at beskrivelsene var negative og at behandlingen ikke tok hensyn til språkbarrieren.

Hanne Øverås skriver samme år om BUP-psykologers erfaringer med samtaler om seksuell identitet med ikke-heterofil ungdom og fastslår at psykologene har mye å gå på når det gjelder åpenhet for temaet.



FOTO: PER HALVORSEN

2020-TALLET

Politidrapet på Georg Floyd preger ikke fagtekstene, men det er debatt. I kronikken «Systematisk diskriminering» i juli 2020 påpeker forfatterne at flerkulturelle får lavere kvalitet i utredningsarbeid. I «Rasisme på psykologkontoret» (2020) avslører Victoria Tran Huynh selvopplevde betenkelige holdninger hos kolleger. Rasisme hos psykologer tematiseres ellers lite.

I år peker Niloufar Jalali-Moghadhadam på interseksjonalitet og multikulturell kompleksitet som viktige teoretiske begreper i møter med personer med minoritetsbakgrunn.

I 2022 og 2023 beskriver to tekster nye gruppetilbud for barn- og ungdom med kjønnsinkongruens. I august-utgaven i 2022 pirker Elsa Almås (bildet) i tradisjonell kjønnsforståelse og utfordrer kolleger til å tenke mer konstruktivt om kjønn og kjønns mangfold.

Til glede for nye lesere

- Utvikling av forhold blant eldre ektepar. Noen erfaringer fra en spørreskjemaundersøkelse i Bergen av Geir Trahaug (1979)
- Psykisk utviklingshemmede foreldre. En undersøkelse av barnas tilstand av Willy-Tore Mørch, Jens Erik Skår og Alice Beathe Andersgaard (1994)
- Temanummer Eldrepsykologi ved redaktørene Geir Høstmark Nielsen og Inger Hilde Nordhus (1998)
- Barns oppvekst i lesbiske parforhold av Margrethe Seeger Halvorsen og Andreas Jøner (1999)
- Psykoanalysens syn på homofili. En faglig, historisk og etisk vurdering av Haldis Hjorth (2002)
- Når behovet for oppmerksomhet og sympati overgår morsfølelsen: En litteraturgjennomgang av Munchausen by proxy av Anne_Kari Torgalsbøen (2008)

Les tekstene på nett:



Den rosa panteren eller en i den grå masse

Forståelse for lesbiske i terapi

TEKST

Anbjørg Ohnstad

MERKNAD Denne teksten ble først publisert i TnPf nr. 4, 1992, og omfattes ikke av åpen tilgang-lisens.

THE PINK PANTHER OR A GRAYFACE IN A GRAY MASS: HOW TO UNDERSTAND LESBIAN CLIENTS IN THERAPY.

Abstract - This article draws from counseling experiences with lesbian clients at the Counseling Service for Homosexuals and Lesbians, Oslo Municipality, Oslo, Norway. Central to the article are the problems experienced by those choosing to define themselves as lesbians while living on a society dominated by heterosexual norms and ideology. A sense of creating disharmony in the social order, the absence of positive confirmations of one's own identity, the existence of few positive role models, and the stigma attached to the word lesbian - all are barriers in the path of positive definitions of one self. The constant dilemma confronted by the person choosing to live as a lesbian involves deciding between being invisible in a gray mass or being as self-illuminating as a pink panther. The problems bringing lesbian clients to counseling are related to the invisibility as well as the tabued aspects of their identities, sexuality and the relationships with others.

Many clients express the fear these problems are not understood by ordinary health and counseling service personnel. With these issues as a point of departure, the article discusses different psychological traditions and introduce a psychological perspective based on the concepts of invisibility and illumination. The framework for this kind of therapeutic work - in forms emphasizing mastering and acceptance - is then described. The article concludes with a discussion of areas shown by therapeutic experience to be especially important in working with lesbian clients. Among these are: providing clear positive affirmation of identity, breaking the silence and tabus associated with the lesbian lifeway, gaining knowledge about the life situations of lesbians, using positive models and training clients to be secure with their own sexual identities.

INNLEDNING

En ung kvinne kommer til Rådgivningstjenesten for homofile og lesbiske. Hun vil skifte kjønn fordi det er så vanskelig å få andre kvinner til å forstå at hun ønsker et mer intimt forhold til dem enn et venninneforhold. Hun tenker at hvis hun hadde vært mann, så ville det være lettere å få et kjærlighetsforhold til en kvinne - en rasjonell heterofil logikk. Hun reagerer sterkt imot at hun skulle oppsøke et lesbisk miljø. Hun oppfatter seg ikke «slik». Begrepet lesbisk har hun så sterke negative reaksjoner på at hun ikke vil bli identifisert som en «slik». Hun føler tiltrekning til andre kvinner. For henne er det lettere å tenke seg å være mann enn å være lesbisk.

Denne unge kvinnen har et problem som hun ikke kan få bearbeidd i det miljøet hun er i. Det er for tabubelagt, og hun risikerer å bli utstøtt eller møtt med forakt. Hennes virkelighet avspeiler seg ikke i kulturen. For å passe inn må hun bli mann. Hun finner ikke noe gjensvar for sin egenopplevelse i kulturen, uten at hun må forandre på sin kjønnsidentitet.

Hovedproblemstillingen for denne artikkelen er, finnes det forståelsesmåter innen psykologien som kan ta vare på lesbiske kvinners selvopplevelse og kan gi noen retningslinjer for hvordan man kan drive god terapi? Artikkelen baserer seg på kliniske erfaringer fra Rådgivningstjenesten for homofile og lesbiske og aktuell psykologisk teori og forskning.

Hvordan denne kvinnen blir møtt og forstått er avhengig av hvilken teoretisk forankring og kunnskaper terapeuten har. Jeg vil gi et kort historisk tilbakeblikk på ulike forståelsesmåter som har vært grunnlaget for terapeutens kunnskap.

Hvilket speilbilde har psykologien gitt to kvinner?

Lesbiske og homofile har tradisjonelt vært sett på som avvikere fra normalvarianten av men-

neskelig seksualitet. Denne holdningen gjenspeiler seg i mange av våre lærebøker og spesielt lærebøker i psykiatri. I Johan Cullbergs bok «Dynamisk Psykiatri» uttrykkes holdningen slik:

«... Derimot er det etter min mening vanskelig å gå med på å betrakte homoseksualitet som en biologisk normal seksualvariant, blant annet fordi den utelukker forplantningen som seksualaktens «opplevelsesmåte». I all seriøs forskning om homoseksuelles oppvekstvikår og likedan hos enhver homoseksuell jeg har truffet - det gjelder også ikke-pasienter - har jeg fått høre om en tidlig problematikk i oppvekstsituasjonen, en problematikk som senere er blitt løst på en homoseksuell måte...» (Cullberg, 1990, s. 175).

Dette sitatet uttrykker klart det en psykodynamisk tradisjon har formidlet mer eller mindre tvetydig. Den «tidlige problematikken» har vært forklart på ulik vis som umodenhet, utviklingshemning, en dyp og ubevisst frykt for menn, nevrotisk avhengighet, klitorisfiksering, et ønske om å erobre sin mor osv. (Benum og Johansen, 1990).

Den typen forklaringsmodeller har det til felles at de er individualpsykologiske, og oppfatt av å forklare avviket. De baserer seg ofte på forskningsresultat som er av eldre dato (Rado, 1933; Bieber et al., 1962). I forskningsammenheng er det et skifte i perspektivet fra slutten av 1950-årene til begynnelsen av 1960-årene fra å beskrive lesbiske som syke, perverse, fikserte, avvikende, narcissistiske og masochistiske til å beskrive parforhold mellom to av samme kjønn, den homofile subkulturen og undersøkelser av folks homofobi (Morin, 1977). Seinere forskning som har etterprøvd mange av de ulike psykoanalytiske årsaksforklaringene på et bedre og ikke klinisk utvalg, har ikke funnet noe empirisk grunnlag for disse teoriene (Beil et al., 1981). I de senere års paradigmeskifte vil de eldre forklaringsmodellene gå under betegnelsen essensialistiske teorier, det vil si teorier som vil si noe om det egentlige og essensielle ved lesbiske og homofile.

Andre tradisjoner som har hatt innflytelse på den selvforståelsen som psykologien har skapt om homoseksualitet, er Kinseys sekspunktskala om seksuell tiltrekning, som også kom i 50-årene (Kinsey et al., 1948). Den går

fra utelukkende heterofil tiltrekning, via bifil tiltrekning, til utelukkende homoseksuell tiltrekning. Det store framskrittet Kinsey representerte, var at han skilte mellom seksuelle handlinger og seksuell orientering. I stedet for å snakke om homoseksualitet som en egenskap, fokuserte Kinsey på homoseksuell adferd. Det var det første skrittet fra essensialistiske forklaringer til mer konstruksjonistiske forklaringer. Konstruksjonistiske teorier vil da si teorier som har som utgangspunkt at begrepene homofil og lesbisk er en sosial konstruksjon som ikke eksisterer i seg selv, men homoseksualitet som et sosialt skapt og vedlikeholdt fenomen.

Sosialpsykologiske tradisjoners oppgjør med den psykiatriske tenkningen har også bidratt til en mer positiv selvforståelse av homofili. Szasz brukte forskning om homofili som et eksempel på hvordan samfunnsvitenskapene reflekterer sosiale normer, og fungerer som et middel til å forsterke og legitimere de herskendes ideologi (Szasz, 1974). Når de gamle psykoanalytiske teoriene fortsatt blir brukt, illustrerer det legitimering av en undertrykkende ideologi. Sosialpsykologiske studier om kjønnsroller og forskning rundt begrepet androgyni har bidratt til en positiv selvforståelse av homofile. Androgyne personer er personer som har integrert både en maskulin og en feminin kjønnsrolle i sin identitet (Bern, 1974). Lesbiske og homofile viste seg å være svært androgyne, noe som igjen korrelerte med god tilpasningsevne og god mental helse. Sosialpsykologiske studier vinklet også problemstillingen bort fra årsaker til homofili, og mer over til å studere folks homofobi og fordommer (Herek, 1984). Mange nye studier om homofile kunne ikke påvise noen forskjell fra heterofile i patologi og en sterk sosial bevegelse gjorde at diagnosen homofili i 1973 ble endret i DSM (Diagnostic Statistical Manual - den internasjonale sykdomsklassifikasjon).

Den nyere forskningen har fokusert mer på minoritetsstress hos lesbiske (Brooks, 1981). Hun viser hvordan det å leve som en minoritet er en belastning for selvbylde og at det fører med seg mange problemer som har tilknytning til det å leve som lesbisk.

Forskere har studert faseutviklingen i homofiles identitet (Coleman, 1988). I korthet går det ut på at det å akseptere seg som homofil eller lesbisk er en prosess som går over flere faser, der hver fase har sine egne kjennetegn



ANBJØRG OHNSTAD
om psykologiens forståelse av lesbiske og deres frykt for å ikke bli forstått av heterofile terapeuter. Foto: Jo Hjellev/Skeivt arkiv

og sine egne problemer. Sentralt i denne utviklingen er å avlære seg skammen og angsten over å være tiltrukket av sitt eget kjønn.

De siste årenes diskusjon har vært preget av essensialistisk kontra konstruksjonistisk forståelse av homofili. De essensialistiske teoriene har blitt avvist til fordel for mer konstruksjonistiske teorier. Det er blitt argumentert for at homofili er en sosial konstruksjon og at det ikke finnes noen egentlig homofil identitet. Det er en måte å forstå sine handlinger på (Andersen, 1986; Liitzen, 1988). Den nyere forskningen har brakt inn andre perspektiver som setter homofili i et nytt lys, med nye utviklingsmuligheter.

EN ALTERNATIV FORSTÅELSESMÅTE

Min forståelsesmåte bygger på en kritisk vurdering av tidligere modeller og et forsøk på å finne en alternativ modell som tar hen syn til de sosiale betingelsene lesbiske må forholde seg til. Den første betingelsen lesbiske må forholde seg til er at de skaper.

- Uorden i den sosiale orden.

My mother warned me about men, but she didn't say a about women.

Sybil Thorndyke.

Vi lever i en kultur hvor alle ritualer, normer og oppfatninger om kjærlighet og parforhold utelukkende er heteroseksuelle. Samfunnet er så innretta på og gjennomsyra av heteroseksuelle normer at det nesten er usynlig for dem som passer inn i dette mønsteret. Problemstillingen «hvorfor er jeg blitt heteroseksuell» er en absurditet. Kjærligheten mellom to kvinner derimot skaper uorden. Den sosiale orden er bygget opp omkring to ulike kjønn, og det blir rot i bordkortene med to kvinner i ett par til stede. To kvinner som lever sammen utfordrer noen av de sterkeste normene om kvinner som finnes i vår kultur, og også forestillingene om kjærligheten. De kontrasterer det som er usynlige oppfatninger om hvordan kvinner er og hvordan kjærligheten er. Det kan oppleves svært ubehagelig å bryte den sosiale orden og være gjenstand for så mye bryderi og synlighet. Kjærligheten mellom to kvinner danner en stor kontrast til det vanlige og selvfølgelige. De bryter med konvensjonene for det vi i vårt samfunn ser på som et parforhold.

- Uorden som kontrast til den sosiale orden.

«Det kan være dristig å utforske det ukjente, men dristigere å undersøke det kjente».

Kasper.

Det er en utfordring for heteroseksualiteten at to kvinner kan være så forskjellige at de tiltrekker hverandre. Denne forskjelligheten vil fortone seg annerledes enn i et heterofilt forhold. I et heterofilt forhold handler forskjelligheten ofte om hans makt og hennes relative avmakt. Underordning og overordning bekrefter hverandre komplementært. Mannen får sin overordning bekreftet ved at kvinnen underordner seg, og kvinnen får sin underordning bekreftet ved at mannen overordner seg. Det er knyttet til deres kjønnsidentitet. Mannens maskuline identitet er knyttet til hans overordning og kvinnes femininitet er knyttet til hennes underordning (Haavind, 1981).

Overordning og underordning bekreftes ikke på samme måte i forholdet mellom to kvinner. Den relativt like kjønns sosialiseringen gjør at de vil ha andre forventninger til hverandre. Som parallell til relativt over og underordning i heterofile forhold vil to kvinner ha en «ved-side-av» ordning. Dominans og overordning fra en kvinne i forhold til en annen vil på ett vis være mer synlig fordi det bryter med «ved-side-av» ordningen. Denne ordningen vil være hovedregelen i forholdet.

To kvinner som går inn i et intimt forhold til hverandre, må konstruere dette selv og lage sin egen sosiale oppfinnelse. De må føre forhandlinger på tre ulike nivåer: I forhold til omgivelsene, innad i forholdet og i forhold til seg selv for å definere sin kvinnelighet. Forhandlingene to kvinner må gjennomføre for å konstruere forholdet sitt vil hovedsaklig dreie seg om å definere seg i forhold til omgivelsene som ikke umiddelbart anser dem som et par. Omgivelsene vil forvente større tilgjengelighet av to kvinner enn det som er vanlig for et par. De må kjempe for sin nye sosiale oppfinnelse, og finne opp rollene og reglene i forhold til hverandre. Forhandlingene innad i forholdet vil til dels være preget av dette. Mangelen på tydelige rammer rundt forholdet kan forhindre konstruktiv problemløsning, da konflikter gjerne setter spørsmålsteget ved selve grunnlaget for forholdet. På dette området kan to kvinner i sitt forhold oppleve seg avmektige.

Kvinnelighetsdefinerings vil møte andre utfordringer og må finne andre kilder til bekrefte enn å definere seg i forhold til en mann. Det kan føre til større frihet, men også til andre problemer enn det heterofile har i sine parforhold.

Et forhold mellom to kvinner betyr frihet fra mannlig dominans i de nære forhold, det kan frigi og gir begge større kontroll over livet. Men mangel på aksept og bekreftelse på for holdet som et parforhold fra samfunnets side, gjør også at grensene rundt forholdet kan bli rigide og beskyttende. Dette kan føre til at forholdet kan bli tett. Kvinnesosialiseringens omsorgsorientering kan også gi føringer til at to kvinner kan få problemer med identitetsavgrensningen. Det er lettere for to kvinner å være opptatt av den andres behov enn egne. (En diskusjon om dette i Ohnstad, 1984.)

Den styrken som to kvinner må ha for å komponere sitt forhold som en ny sosial oppfinnelse både innad i forholdet og utad til omgivelsene, virker provoserende for det heterofile samfunnet. Hvordan kan to kvinner være fornøyd og klare seg uten en mann? Selve ideen er en utfordring for mange menns identitet og deres forestillinger om kvinner. Dette er den andre betingelsen lesbiske må forholde seg til.

- Usynliggjøring eller flombelysning

I den heteroseksuelle kulturen blir lesbiske fortiet og usynliggjort, eller de blir gjort til noe veldig spesielt og blir nærmest selvlysende. Dette er en del av undertrykkningen. Usynliggjøringen, som er den mest vanlige, oppleves på det personlige planet som mangel på bekreftelse.

I de fleste sammenhenger blir man aldri bekrefta positivt som lesbisk, men man opplever ofte å bli bekrefta som annerledes. I vår kultur finnes det få positive modeller for lesbiske personer eller parforhold. Dette medvirker til å gjøre det vanskelig å identifisere seg med andre. Lesbiske eksisterer mer på tross av, enn på grunn av vår kultur. Det skal sterke lidenskaper til før en kvinne tolker sine følelser overfor en annen kvinne som forelskelse. Hun vil bruke andre ord som vennskap, beundring og sympati før hun karakteriserer det som forelskelse. Det er mer i overensstemmelse med de kulturelle normene for relasjoner mellom kvinner.

Negativ bekreftelse er på mange måter mer bekreftende enn ingen bekreftelse. Den direkte avskyen eller forakten er på mange måter lettere å forholde seg til enn tausheten eller usyn-

liggjøringen. Da blir man i det minste synlig og finner et gjensvar.

Som tittelen antyder befinner de fleste som velger en lesbisk livsform seg i et evig dilemma mellom det å være usynlig i den grå masse eller synlig inntil det selvlysende - som den rosa panteren.

Om man lever i en livssituasjon der man må skjule sin identitet, har det personlige omkostninger i form av små løgner som det etterhvert blir vanskelig å holde rede på. Det innebærer også et dobbeltliv i evig angst for å bli avslørt. Konsekvensene er at man ofte får problemer med nærhet til andre mennesker. Det tryggeste blir å holde avstand og ikke la noen komme innpå seg. Det er mange lesbiske som forteller om ensomme år, da de måtte holde avstand til andre mennesker i frykt for å avsløre hva slags følelser de hadde. Å skjule følelser og identitet betyr ofte at man ikke får bearbeidet de personlige konfliktene man har i forhold til sin opplevelse av egen verd. Det betyr at man undergraver sin selvrespekt og ikke kan stå inne for sitt eget liv. Om man har en livssituasjon med en har større åpenhet, må man tåle mye oppmerksomhet omkring sin seksualitet og intimitet, noe som har andre omkostninger.

- Usynliggjøringen som helseproblem.

Det som skaper problemer for lesbiske er knyttet til den virkeligheten de opplever som ikke bekrefter eller anerkjenner dem. Store deler av deres liv blir usynliggjort eller tabubelagt av den kulturen som tar heteroseksualiteten som gitt. Deres virkelighet blir ofte ikke bekreftet slik at den er vanskelig å forstå og få bearbeidet på et personlig plan. Varianter av problemer som knytter seg til denne usynliggjøringen, får lesbiske til å søke hjelp på Rådgivningstjenesten for homofile og lesbiske. Mangelen på bekreftelse er et slikt problem. Det er ulike sanksjoner fra omgivelsene fordi de bryter det kulturelle mønsteret for parforhold. Det er benektningen av deres sterkeste følelser, den heterofile kulturens tabuer etc. De omlag hundre kvinnene jeg har vært i kontakt med i løpet av en seksårsperiode, har kommet fordi det har vært få eller ingen å snakke med om det som plager dem. Mange er redd for å oppsøke det vanlige helseapparatet fordi de er redd for ikke å bli forstått, eller for å bli møtte med mistro og uvitenhet. Mange er også redd for å vise problemene og å være åpen overfor en man må anta er heterofil. De er redd



for at hjelperen kan få bekrefte sine fordommer om lesbiske. Det er ikke lenge siden homofili ble strøket av diagnoselista, men uten ny kunnskap lever fremdeles denne tenkningen i beste velgående.

Kvinner som oppsøker Rådgivningstjenesten kommer gjerne fordi de har problemer i samlivet. De mangler livslyst, de kan ha vansker med å finne plass til egne behov, det kan være seksuelle problemer, angst og depresjoner, og frykt for utstøting av avvisning om deres identitet ble kjent. Mennene har kanskje i større grad enn kvinnene problemer som er mer direkte knyttet til deres seksuelle orientering, men de kommer også for angst, selvhvedelsesproblemer og depresjoner. Hvordan symptomene enn arter seg, så er det viktig å snakke om hvordan man løser problemer som knytter seg til å leve som lesbisk eller homofil.

HVORDAN BEARBEIDER LESBISKE DISSE KULTURELLE BETINGELSENE?

- Mestringsmåter.

Mange lesbiske har laget seg mestringsstrategier som i en situasjon har vært funksjonelle, men som i en annen situasjon skaper problemer for dem. Disse mestringsstrategiene handler ofte om hvordan man har forsøkt å løse dilemmaet mellom å være usynlig eller selvlysende, og i hvilken grad man har styrke til å utsette seg for forakten når man er synlig.

Det er ikke uvanlig at man i begynnelsen av sin karriere som homofil eller lesbisk går fra å være usynlig en dag til å være selvlysende den neste. En ung mannlig klient kom til Rådgivningstjenesten fordi han var redd for å dø. Han hadde nettopp begynt å leve som homofil i utlandet. Han hadde fortalt sine venner om dette nye livet, og levde i en slags rus over denne nye erkjennelsen. Hver kveld ringte han til venner og fortalte om den siste forelskelsen, og de syntes det var «festlig» at han var forelsket i gutter. Overfor sine foreldre var han helt skjult og turte ikke fortelle dem om sin nye erkjennelse av frykt for å bli utstøtt og foraktet. Han sa han følte seg som en nyutsprungne rose som snart ville visne hen og dø. Han var i begynnelsen av tyve-årene. På en måte var han selvlysende (rosa panter) og nesten utbretta for sine venner, på grensa til å framstå som noe eksotisk. På den andre sida var han fullstendig usynlig overfor sine foreldre som også betydde mye for han. Dette var et dilemma som tappa ham for så mye krefter at han var redd for å dø.

Dilemmaet mellom å være den rosa panteren eller en i den grå masse er spesielt for homofile og lesbiske. I motsetning til andre minoritetsgrupper, bærer lesbiske ingen fysiske kjennetegn som gjør at de kan identifiseres. Derfor må de bekjentgjøre sin identitet selv, dersom den skal bli kjent. Andre undertrykte grupper kan ikke gjemme seg bort, da deres fysiske kjennetegn røper dem.

- Synlig/usynlig.

Denne motsetningen mellom å være synlig og usynlig, ligner på andre traumer kvinner må bearbeide, men den har et annet innhold. Mens kvinner som f.eks. har vært utsatt for overgrep bærer på et ubearbeidet traume som skammen hindrer henne i å avsløre, så bærer lesbiske på en hemmelighet om kjærligheten som de er redde for å avsløre. Lesbisk kjærlighet kan oppleves som så hemmelig og noen ganger så ensom at den ikke kan snakkes om til andre.

Det er ikke uproblematisk for en lesbisk å fortelle til en venninne eller til en mor at hun har fått en jentekjæreste. I mange tilfeller blir mor veldig forskrekket og lurer på hva hun har gjort galt, og venninna beroliger

med at det nok går over, eller at dette kunne hun aldri ha tenkt seg om sin venninne.

Igjen bryter man med den sosiale orden. Frykten for andres reaksjoner vil skambelegge den gode følelsen. Vi lærer etterhvert gjennom kulturens indirekte eller direkte påbud at vårt begjær er koblet sammen med skam og angst for å være annerledes.

- Selvforakten.

Omgivelsene bekrefter sjelden lesbisk kjærlighet positivt, og gjør den dermed vanskelig å snakke om. Etterhvert blir denne mangelen på bekreftelse en del av dem selv. Man internaliserer den, og den blir en farlig hemmelighet. Denne hemmeligheten oppleves som personlige konflikter. De kommer til uttrykk på svært individuelle måter avhengig av bakgrunn og personlighet. Noen opplever det som en konflikt mellom homofili og kristendom. I kristen ideologi er homoseksuelle handlinger en synd. Det blir da vanskelig å få et positivt selvilde som en kristen homofil. Hos andre er det en sterk motforestilling mot å bli assosiert med lesbiske eller man eksternaliserer selvforakten til at andre lesbiske er så lite feminine, er for maskuline, er for stygt kledd osv. Noen projiserer sin tiltrekning til sitt eget kjønn ved å føle seg nærmest forfulgt av homofile.

Dette handler om at man har gjort undertrykkelsen til en del av seg selv. Denne undertrykkelsen opptrer som et «usynlig publikum». Man bringer med seg et psykologisk publikum som alltid observerer og evaluerer ens forestilling. Man spiller for et galleri som gjerne består av fordømmere. Fordømmelse aktiverer sjølforkakten som all tid vil være der i en eller annen form. Den rosa panteren kan fort bli en i den grå masse, dersom en lar andres fordømmelse ta over hånd. Bevisstheten om at andre vil ta anstøt dersom to av samme kjønn viser hverandre oppmerksomhet, er et eksempel på et for dømmende psykologisk publikum.

I enkelte situasjoner kan det være hensiktsmessig å være usynlig, men hvis man alltid er det, kan livet by på mange problemer, misforståelser og uklarheter for lesbiske og homofile. Mange trenger hjelp til å finne en balanse som passer for dem med hensyn til grad av synlighet. Mange trenger støtte for å kunne være synlig overfor foreldre som de er redd skal avvise dem, og støtte til å gå fram etter eget tempo uten å gå for fort fram.

- «Hvem er jeg, når mine følelser ikke passer inn i den heteroseksuelle kulturen?»

«Hvo som vover,
miste fotfæste for en stund.
Hvo som intet vover,
mister sig selv.»

Søren Kierkegaard

Et vanlig problem blant lesbiske, er selvoppfatningen. Opplevelsen av å være «annerledes» enn andre kvinner er vanlig. Denne annerledesheten kan være positiv fordi man bryter med mye i den tradisjonelle kvinnerollen som virker hemmende for kvinner. Å definere seg som lesbisk kan oppleves som en frihet fra snevre kvinnelighetsdefineringer. Men opplevelsen av annerledeshet kan også være negativ dersom man har internalisert mange av de heteroseksuelle normene om sin egen seksualitet. Erfaringer fra undersøkelser viser at mange lesbiske har opplevd seg sjøl som svært annerledes enn andre kvinner (Ohnstad, 1985).

Hvordan de skulle forstå denne annerledesheten var vanskelig. Når det ikke finnes en kulturkodeks som passer, har mange tanker om at de er syke eller at deres følelser er gale. Noen får problemer med sin identitet oppfatning. Som lesbisk bryter man viktige normer for hva det vil si å være kvinne i vår kultur og oppfattes lett som «ikke riktig kvinne».

Ideen om at det i dag er mye lettere «å komme ut» og leve som lesbisk og homofil, er sterkt overdrevet. Tvert om viser nyere undersøkelser at det tar like lang tid i dag som for tyve år siden å identifisere seg som lesbisk (Giertsen, 1989). Dette viser først og fremst noe om hvor godt de heteroseksuelle konvensjonene er manifestert i hver enkelt, og hvilken påkjenning det er for sjøloppfatningen å bryte disse. En måte å ha problemer med sin sjøloppfatning på er å begynne å tvile på sin kjønnsidentitet, slik som i eksemplet i innledningen.

HVORDAN SKAL MAN DRIVE RÅDGIVNING FOR LESBISKE OG HOMOFILE?

Når det usynlige blir synlig, da forandres verden.

Frederika Bremer-forbundets motto.

Når man driver rådgivning for lesbiske og homofile er det viktig hva slags referanse ramme terapeuten har. Hvordan man ser på

psykiske problemer, om man ser på det som noe galt ved personen, eller om problemene er uttrykk for en vanskelig livssituasjon. Når jeg henviser lesbiske klienter, så føler jeg meg relativt trygg på at hun blir godt ivare tatt hvis terapeuten har et kvinneperspektiv, eller forstår noe om hvordan det er å være undertrykt. Jeg er mer urolig om jeg vet det er en terapeut med en klar psykoanalytisk referanseramme.

Når klienter oppsøker Rådgivningstjenesten er det i en kontekst som gyldiggjør homofiles virkelighet og gir rom til å utforske sider av tilværelsen som i andre sammenhenger lett ville blitt tabubelagt. Mange klienter opplever som en lettelse at terapeutene lever homofilt. De trenger ikke å være i forsvar, og det åpner opp for andre temaer som de på forhånd ikke hadde tenkt seg.

Mitt utgangspunkt er å kartlegge hvordan omstendighetene rundt en kvinne er når hun begynner å tenke på seg selv som lesbisk. Hvordan bekrefter omgivelsene henne? Hva slags selvforståelse har hun muligheter for å få bekreftet i sitt miljø? Hvordan mestrer hun dilemmaet synlig/usynlig? Opplever hun at hun alltid må markere sin måte å leve på, eller tør hun aldri å gjøre det? Er dette et enten/eller-problem, kan det tyde på vanskeligheter. Dersom det er noe hun kan være fleksibel i forhold til, er det en løsning som gir større frihet. Er det å leve som lesbisk en positiv drivkraft og noe hun opplever som livsutfoldelse, eller opplever hun det som et kors å bære og at naturen har spilt henne et puss? Hva slags forhold har hun til sin egen kropp og til andre kvinner? Opplever hun at andre kvinner bekrefter hennes følelser, eller forventer hun avvisning fra andre kvinner? Lider hun av håpløse forelskelser, eller har hun meningsfylte forhold til andre kvinner. Å få svar på disse problemstillingene gir meg en meningsfylt innfallsvinkel til terapeutisk arbeid.

Kan heterofile terapeuter hjelpe lesbiske og homofile? Jeg tror ikke det finnes noe ja/nei svar på dette. men jeg vil skissere noen områder som jeg tror heterofile terapeuter lett kan overse eller fortolke annerledes. Dette er noen punkter til en liste som sikkert kunne vært lengre.

- En entydig negativ bekreftelse

Det å gi entydig positiv bekreftelse på at en klient har en lesbisk livsform, er ofte vanskelig for heterofile. Å gi positiv bekreftelse må gjø-

res tydelig. Ellers vil det av klienten bli oppfatta som ingen bekreftelse, eller negativ. Det er det man er vant med. Det oppstår lett misforståelser fordi det er uklart. En vanlig oppfatning blant terapeuter er at man ikke gjør noen forskjell på heterofile og homofile klienter. Det er en interessant problemstilling om dette oppleves av klienter som akseptering eller som mangel på bekreftelse. Min erfaring er at det kan oppleves som en undertrykkende toleranse og uvillighet til å forsøke å forstå en annerledes kulturkodeks. Dette understøttes av en ny undersøkelse om hvor synlig klientens virkelighet er (Benum & Johansen, 1990).

Det er to grøfter det er lett å gå i for heterofile terapeuter: Enten at livsformen som lesbisk alminneliggjøres fullstendig, eller at alle typer problemer ses i tilknytning til livsformen.

- Et tema.

En lesbisk livsform har lett for å bli et ikke-tema om ikke terapeuten er oppmerksom på det, eller føler at hun ikke vet nok om det.

Klienten tør ikke å fortelle det, og terapeuten tør ikke antyde det, fordi det kan oppfattes negativt. Det enkleste kan være å åpne for muligheten ved å spørre etter samboerens kjønn.

- Kunnskap.

Som terapeut for lesbiske bør man kjenne til litt av den lesbiske subkulturen, eller i det minste være litt nysgjerrig. Noen av de problemene lesbiske har, kan dreie seg om manglende sosiale ferdigheter. Som f.eks. hvordan man som kvinne skal gjøre tilnærmelser til en annen kvinne. Det er ikke så enkelt hvis man ikke har noen gode erfaringer om det fra før. Og hvordan skal man tolke de signalene man får tilbake? Hvor skal man gå for å treffe andre lesbiske? Hvordan skal man sette grenser for andre kvinner uten å føle skyld? Man har gjerne lært hvordan man skal sette grenser for menn. Men å avvise kvinner bryter med kvinnenrollen.

- Spesialkunnskaper.

Terapeuten må kunne skille mellom problemer som er samfunnspåførte og de som er av mer individuell psykologisk art. Kunnskap om minoritetsstress er en del av dette. Brooks (1981) har blant andre påpekt at lesbiske opplever en dobbel minoritet, fordi deres statusreduksjon er et resultat av to karakteristika, som kjønn og

seksuell orientering. Et annet område er kunnskap om stigmatisering og hvordan det virker på den enkelte. Lesbiske som gruppe er en stigmatisert gruppe. Belastningen ved å skjule sitt stigma (være usynlig) er avsløringsangsten, belastningen ved å vise sitt stigma (være selvløsende) er å bli utsatt for forakt. Kunnskap om stadier i akseptasjonsprosesser er og endel av disse spesialkunnskapene. Det å erkjenne seg som lesbisk eller homofil er en krise for en person. Den første fasen i denne krisen er en forvirring om hvem en er. Gjennom den andre fasen kan en akseptere sin seksuelle orientering, og det er å tørre å utforske den, blir omtalt som den tredje fasen. I de seinere fasene kommer det første forholdet og å kunne integrere den seksuelle orienteringen i sin identitet.

Kunnskap om spesielle problemer som oppstår i et parforhold med to kvinner er nødvendig i tillegg til allmenn kunnskap om psykologiske prosesser. De spesielle problemene handler blant annet om manglende rammer om forholdet, og problemer som har tilknytning til en relativ lik kjønnsosialisering.

Det er tankevekkende at alle de heterofile terapeutene som ble intervjuet i Benum og Johansens undersøkelse ikke syntes det var viktig å sette seg inn i spesielle kunnskaper om lesbikes og homofiles problemer for å kunne drive god terapi. Gjennomgående oppfattet heller ikke heterofile terapeuter lesbiske som en minoritet eller en stigmatisert gruppe. Mens de klientene som ble intervjuet mente kunnskap om det å være en minoritet og være stigmatisert var viktig for å forstå fenomener som usynliggjøring, diskriminering og bagatellisering (Benom og Johansen, 1990).

- Positive modeller.

I min rådgivning har jeg bevisst brukt kjente lesbiske kvinner som positive modeller for andre lesbiske. Dette er ofte uoffisielle kunnskaper som ikke er like tilgjengelige for heterofile terapeuter. Dersom terapeuten ikke forstår at det kan være en belastning for selv bilde å leve som lesbisk, kan hun bagatellisere problemer som knytter seg til livsformen. Å bruke positive modeller krever en bevissthet om at det kan være en måte å styrke selv bilde.

- Terapeutens egen trygghet.

Terapeuten må selv ha en trygghet på sin egen identitet og ikke streve for mye med de samme

temaene som klienten. Dersom terapeuten er usikker og uvitende om lesbiske kan det virke hemmende på klienten, slik at hun ikke tør å utforske seksuelle følelser, fantasier og frykter fordi atmosfæren blir for utrygg.

AVSLUTNING OG KONKLUSJON

Vi har tradisjoner innenfor psykologien som i stor grad har bidratt til å gjøre lesbiske avvikende ved å søke etter forklaringer på hvorfor noen mennesker velger å leve homofilt. Få anstrengelser er gjort for å forstå hva slags opplevelser av befriende eller belastende art det er å bryte med de kulturelle normene og hva slags kulturelle normer man bryter. Frykten for ikke å bli forstått av heterofile terapeu-

ter eller bli møtt med uforstand er i høyeste grad reell.

Terapeuter er en slags representanter for samfunnet. De gir derfor en viss autoritet til egne opplevelser og en bekreftelse om at slik du lever livet ditt er riktig for deg. Derfor tror jeg det er viktig at terapeuter også gir autoritet til lesbiske opplevelser, slik at de kan bli autoritet på seg selv.

Før heterofile terapeuter kan gjøre det, må de kanskje gå i seg selv og finne ut om de kan gi positiv bekreftelse til lesbiske, eller hva slags motforestillinger som hindrer dem. Da kan de kanskje også være i stand til å la seg påvirke av den kunnskapen som tross alt finnes. ✕

REFERANSER

- Andersen, N. (1968). Homofile menn: Kategorisering og identitet. Hovedoppgave. Embetsstudiet i Psykologi, Universitetet i Bergen.
- Bell, A.P., Weeinberger, M. S., Hammersmith, S. K. (1981). Sexual Preference. Its development in men and women. An official publication of Alfred C. Kisey Institute og Sex Research. Bloomington: Indiana University Press, 1981.
- Bern, S. L. (1974). The Measurement of Psychological Androgyny. I *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 2, ss. 155-162.
- Bennum, V. og Johansen, V. (1990). Hvor synlig er klientens virkelighet? - Om lesbiske kvinners møte med hjelpeapparatet i et minoritetsperspektiv. Levert som hovedoppgave Psykologisk institutt. Universitetet i Oslo.
- Bieber, I., Dain, H. J., Dince, P.R., Drellich, M. G., Grand, H. G., Gundlach, R. H., Kremar, M. W., Rifkin, A. H., Wilbur, C. B., Bieber, T. B. (1962). Homosexuality. A psychoanalytical study. New York: Basic Books.
- Brooks, V. R. (1981). *Minority Stress and Lesbian Women*. Massachusetts - Toronto: Lexington Books, D. C. Heath and Company.
- Coleman, E. (1988). *Integrated Identity for Gay Men and Lesbians*. Psychotherapeutic Approaches for Emotion/ Well-being. New York - London: Harrington Park Press.
- Cullberg, J. (1990). *Dynamisk Psykiatri*. Oslo: Tano.
- Giertsen, M. (1989). Lesbiske - coming out og åpenhet. en livsløpsstudie. Hovedoppgave Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.
- Herek, G. M. (1984). Beyond «Homophobia», A Social Psychological Perspective on Attitudes Towards Lesbian and Gay Men. *Journal of Homosexuality* vol. 10. nr. 1-2.
- Haavind, H. (1981). «Makt og kjærlighet i ekteskapet». I R. Haukaa, M. Hoel, H. Haavind, (red.), *Kvinneforskning: Bidrag til samfunns-teori*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Liitzen, K. (1988). At prøve lykken. København: Tideme Skrifter.
- Morin, S. F. (1977). Heterosexual bias in psychological research on lesbianism and male homosexuality. I *American Psychologist*, 32, ss. 629-637.
- Ohnstad, A. (1984). Ekte(venn)skap - en studie i relasjoner mellom lesbiske samboere. Levert som hovedoppgave i psykologi v/Universitetet i Oslo.
- Ohnstad, A. (1985). Osynlige kærleksforhold - en analyse av lesbiska parforhold. *Kvinnovitenskapelig tidskrift*, nr. 4, s. 28-38.
- Rado, S. (1933). Fear of castration in women. I *Psychoanalytical Quarterly*, 2, s. 425-475.
- Szasz, T. (1974). *Law, Liberty and Psychiatry - An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices*. London: Routledge & Kegan Paul.

Psykologer som sakkyndige

FOTO: ROLF ØHMAN / AFTENPOSTEN / NTB SCANPIX



1970-TALLET

På 70-tallet er sakkyndighetsfeltet nytt. Vi finner få tekster om sakkyndighet i perioden. Inntrykket fra tekstene som ble publisert, er at det råder en enighet om at det er nødvendig med sakkyndige psykologer.

Det er ikke alle som er villige til å påta seg sakkyndigansvar, og det diskuteres om psykologer har plikt til å uttale seg som sakkyndige, eller rett til å la være (Backe-Hansen & Breder, 1979).

Fagetisk utvalg gjør oppmerksom på at de mottar mange klager relatert til sakkyndighetsarbeid i barnefordelingssaker. Svært sjelden konkluderer utvalget med at psykologen har gjort feil, men de gjør psykologer oppmerksomme på å være rollebevisste (Kløve, 1979).

1980-TALLET

I 1981 får vi verdenshistoriens første barneombud, psykolog Målfrid Grude Flekkøy (bildet). Samme år kommer også barneloven.

Vi finner flere tekster relatert til sakkyndighetsarbeid, barnefordeling og omsorg for barn fra dette tiåret. Mange trekker frem at det er behov for godt samarbeid med psykisk helsevern, både i det forebyggende arbeidet og etter barn er tatt under offentlig omsorg.

1990-TALLET

Justisdepartementet kommer med retningslinjer for sakkyndig arbeid i 1990. Forum for sakkyndige psykologer blir etablert dette tiåret. Ny barnevernlov kommer i 1992. Psykologforeningens opplæringsprogram for barnefaglig sakkyndige starter i 1998.

I tidsskriftet skrives det om behovet for forskning, det teoretiske grunnlaget for sakkyndighet, bruk av tester, regulering av arbeidet, fagetikk, personlig egnethet m.m. Det er mange diskusjoner med både kritikk og forsvaret av den sakkyndige rollen og fagetfeltet som sådan.

Podkastepisode:

Dommere uten kappe?

Psykologers rolle som sakkyndige har vært gjenstand for forskning, debatt og kritisk omtale i media. Noen mener psykologer opplyser komplekse saksforhold og fremmer rettsikkerhet. Andre kritiserer det sakkyndige arbeidet for tvilsomt faglig grunnlag og vilkårlige konklusjoner. Har sakkyndige belegg for vurderingene sine eller har de mer makt enn kunnskap? Står de i mot ytre og indre press i beslutningsprosesser? Og kan vi ha tillit til sakkyndig arbeid? Hør mer om dette i episoden om sakkyndige psykologer – «Dommere uten kappe?»



DU FINNER vår podkast på [Psykologtidsskriftet.no/podkast](https://www.psykologtidsskriftet.no/podkast)

2000-TALLET

Flere poengterer at sakkyndighetsfeltet omfatter mer enn bare barnefeltet, som så langt har preget faget. I 2003 utgis et temanummer om rettspsykologi, med strafferett, vitnepsykologi, voldsrisiko og barn som vitner (se for eksempel Melinder & Magnussen, 2003).

I 2005 setter Barne- og familiedepartementet ned et utvalg, ledet av psykolog Haldor Øvreide, som får i oppgave å kvalitetssikre sakkyndighetsrapporter i barnevernet.

Behovet for å opprette Barnesakkyndig kommisjon (BSK) blir debattert i spaltene.

Vi ser et økende søkelys på den sakkyndige rollen, habilitet, kompetanse, erfaring og hvordan sakkyndig arbeid angår rettssikkerheten.

2010-TALLET

Barnesakkyndig kommisjon (BSK) blir opprettet i 2010. Salærforskriften endres i 2017, noe som gir en halvering i satsen for reisetid.

Tekstene etterlyser mer forskning på sakkyndighetsfeltet, mer kunnskap om kulturelle perspektiv oppmerksomheten på etterrettelighet øker.

Det er fokus på rettsprosessene, avhør, konklusjonene som trekkes og den sakkyndiges faglige grunnlag og rolle (Grøndahl, 2014).

I 2017 kommer «Prestesaken». Mange husker saken som en skandale, noen fordi den avdekket et mulig justismord og mangler i sakkyndighetsfeltet, andre fordi tidsskriftet gikk for langt i å kritisere en fagperson.

Du kan lese mer om Psykologtidsskriftets dekning av saken på side 606.

2020-TALLET

Rettspsykologi og sakkyndighet har ikke dominert spaltene de siste par årene.

Men det er flere debattinnlegg, blant dem fra Jørgen Sundby og Annika Melinder i 2020. Debatten dreier seg om behovet for kvalitetssikret utdanning av sakkyndige, behovet for tilfredsstillende oppnevninger av sakkyndige, og gangen i klageprosesser til Fagetisk Råd.

Til glede for nye lesere

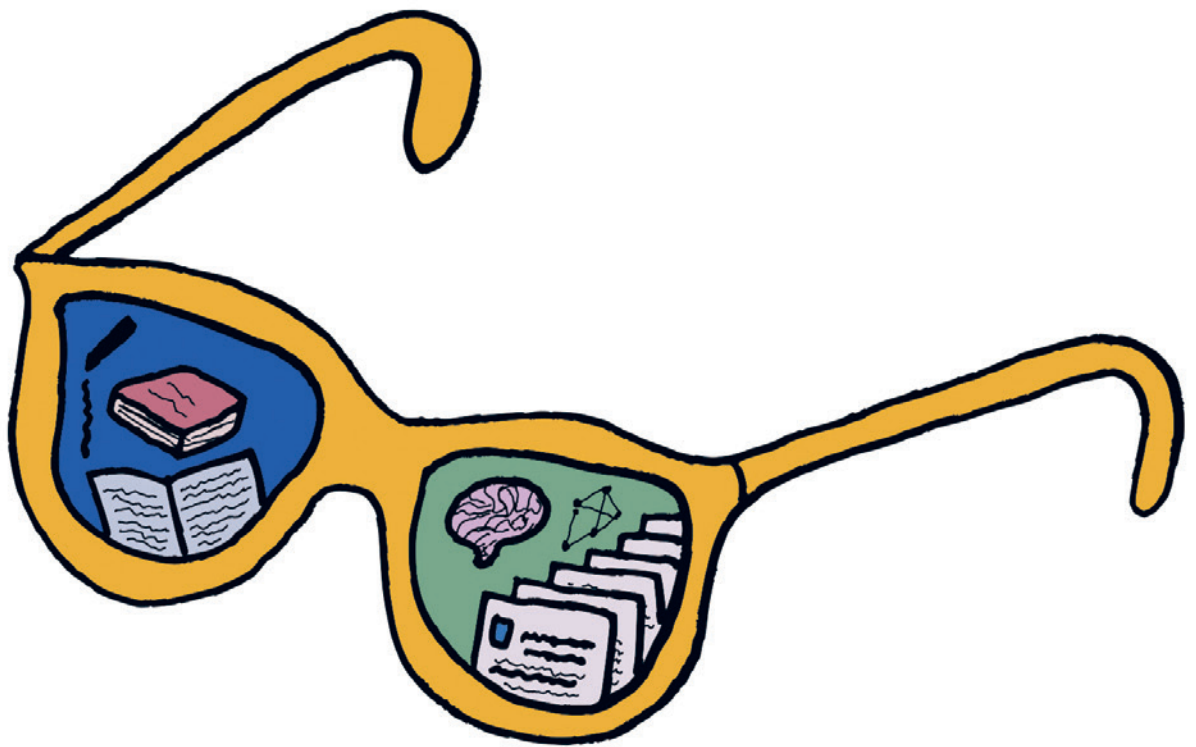
- Om psykologers ansvarsforhold: Har vi plikt til å avgi sakkyndig uttalelse? Har vi rett til å la være? av Elisabeth Backe-Hansen & Ingeborg Breder (1979)
- Fra Faglig-etisk utvalg av Hallgrim Kløve (1979)
- Psykologens rolle som sakkyndig i barnevernssaker: Å formidle en profesjonell versjon av «virkeligheten» til beslutningstakerne av Elisabeth Backe-Hansen (1992)
- Regler som styrer og regulerer sakkyndig arbeid - Del I og II av Ståle W. Reigstad (1994)
- Barn som vitner: En gjennomgang av nyere forskning av Annika Melinder & Svein Magnussen (2003)
- Temanummer rettspsykologi, nr. 3, 2003
- Ønsker vi faglig bikkjeslagsmål i retts-salene? av Pål Grøndahl (2014)

Les tekstene på nett:



Studentene kommer

Uten profesjonsstudiet, ingen psykologer. Fremveksten av fire robuste profesjonsstudier i psykologi er også et stykke viktig faghistorie. Hvilke spørsmål og debatter har den norske psykologutdanningen reist i våre spalter de siste femti årene, og hva har studentene selv vært opptatte av? Ved hjelp av sentrale kilder fra arkivet vil vi gjøre noen nedslag i historien til profesjonsstudiet og psykologstudentene fra 1973 til 2023.



1970-ÅRENE:

Profesjonens byggesteiner

I 1973, SAMME år som Tidsskrift for Norsk psykologforening får sitt nåværende navn, trer Psykologloven i kraft. Kanskje det viktigste med lovhjemmelen er at psykologer ble definert ut av kvakksalverloven, og formelt sett fikk rett til å «ta syke i kur» (Vogt Grinde, 1993). Det er også denne loven som formaliserer hvem som får kalle seg psykolog. Bare den som har avlagt embetseksamen i psykologi, det vi i dag kaller profesjonsstudiet, har lov til å anvende tittelen. Formann for Den nasjonale fagseksjonen for psykologi, Ivar Arnljot Bjørgen (1974), redegjør for oppbyggingen av studiet og de faglige kravene som må oppfylles av de som bærer psykologtittelen. Det er også her tidsrammen på omtrent seks år legges. Bjørgen påpeker samtidig at Psykologloven fører til en viktig endring i det gjensidige påvirkningsforholdet mellom psykologer og samfunnet: Fra å være «et tilbud til samfunnet», fikk universitetene nå «et klart oppdrag fra samfunnet» (Bjørgen, 1974, egne kursiveringer). Kanskje ser vi allerede her de første frøene til den evigaktuelle debatten om hva slags psykologer vi skal utdanne, og til syvende og sist, hva en psykolog skal være.

70-tallet er altså tiåret hvor psykologrollen, og med den psykologutdanningen, i større grad enn tidligere formaliseres. Her legges også føringene for profesjonsutdanningen som en generalistutdanning, etter scientist-practitioner-modellen (også kalt Boulder-modellen, etter konferansen i Colorado hvor prinsippene først ble presentert), som fremdeles dominerer i dag – selv om den for tiden er under noe press (Skjerve et al., 2021). Denne modellen innebærer en generell utdanning hvor kandidatene læres opp som både forskere og klinikere, hvor kliniske ferdighetsfag vurderes som like viktige som de psykologiske og fysiologiske basalfagene (Christiansen, 1981; Skjerve et al., 2021). Bjørgen (1974) presiserer at et visst spe-

sialiseringspreg nok ikke vil være til å unngå, men at «spesialisering på bekostning av faglig bredde vil kunne føre til uheldige begrensninger i psykologens yrkesmessige kompetanse.» I lesningen av Bjørgen og Christiansens tekster blir det tydelig hvor mye av de grunnleggende bestanddelene i psykologstudiet som blir presentert, man fremdeles praktiserer i dag. Selv om studiet er grundig evaluert og man har gjort endringer, er byggesteinene de samme.

En annen viktig hendelse i 70-årene som er verdt å nevne, er opprettelsen av Norges første, og fremdeles eneste, psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen i 1978. Bjørn Christiansen (1979) kaller dette «en milepæl i norsk psykologi», og argumenterer ikke helt upartisk for at psykologien er et helt eget dyr innen den akademiske faunaen, grunnet sitt utspring fra både biologien, samfunnsvitenskapen og humaniora. Han mener at å forplikte seg til ett av disse fagområdene vil «virke begrensende på [psykologiens] identitet og egenart» (Christiansen, 1979).

Christiansen (1981) redegjør et par år senere for nyere utviklinger innen amerikansk psykologi, og knytter utviklingen til valgene om å utarbeide en norsk generalistmodell, som også begrunnes med demografiske og geografiske faktorer. Utdanningen ved UiB har tradisjonelt hatt spesielt sterke bånd til den amerikanske tradisjonen (Christiansen 1979, 1981). Christiansen påpeker enkelte farer forbundet med generalistmodellen, som også er relevante i dagens diskurs – blant annet risikoen for at man ikke blir spesialisert nok, at den utdanningsmessige bredden går på bekostning av dybden. Risikoen forbundet med den spesialiserte varianten er derimot at fagfeltet splittes opp. Dette kan i verste fall føre til en opplevelse av at ulike psykologer er opplært i vidt forskjellige deler av faget, noe som til syvende og sist



BJØRN CHRISTIANSEN

har fått mye av æren for at Bergen fikk eget psykologisk fakultet i 1978. Foto: Ukjent



JAN SKJERVE et al.

skriver om etableringen av psykologiske universitetsklinikker. I Bergen var instituttbestyrer Bjørn Christiansen inspirert av Boulder-modellen. Foto: Ukjent

kan bidra til å utvanne psykologi som *ett* fagfelt (Christiansen, 1981). Christiansen sammenligner dette med medisin, hvor spesialiseringen først skjer *etter* en omfattende grunnleggende utdanning i anatomi og fysiologi. «Generalistmodellen impliserer ikke at psykologiske utdanningsprogrammer skal være like i den minste detalj», presiserer han. Snarere er det et minstekrav til en felles enighet om hvilke teoretiske og praktiske fag en psykologutdanning *må* ha (Christiansen, 1981). Avslutningsvis presenterer Christiansen det han beskriver som den største utfordringen i det norske psykologmiljøet, nemlig faren for at det norske psykologmiljøet er for lite, for homogent, og for isolert fra internasjonale strømninger.

80-TALLET:

Forsøk på å få en skikk på det hele

MENS 1970-ÅRENES ARTIKLER har byggesteinene til det profesjonsstudiet vi kjenner i dag som omdreiningspunkt, kjennetegnes 1980-årene av et fokus på *kvaliteten* på studieprogrammene. Et stikkord er samspillet mellom teori og praksis, som forfatterne stadig vender tilbake til, både gjennom dette tiåret og senere. I 1980 er profesjonsstudiet ved UiB elleve år gammelt. Det ble opprettet med siktemål om å ha en større tyngde innen den *kliniske* utdanningen enn utdanningen ved UiO som, i likhet med mange andre universiteter, inntil dette hadde hatt sin hovedtyngde innen psykologi som *akademisk* disiplin (Karlsen, 1980a). Det var fra starten av et aktivt mål om to litt ulike studier i de to byene, slik at studentene kunne velge det som passet dem best. Dette høres besnærende ut for de av oss som bare måtte ta til takke med det vi fikk etter endt årsstudium.

I løpet av 80-tallet publiserer tidsskriftet flere undersøkelser av kvaliteten på psykologstudiet, hvor det overordnede målet er å fange opp om universitetene utdanner de psykologene samfunnet trenger, som fremhevet av Bjørgen (1974). Bjørn Reidar Karlsen (1980a) satte seg fore å undersøke i hvor stor grad studiet ved UiB forbereder de fremtidige psykologene på yrkestilværelsen, og hvilke deler av studiet kandidatene var mest fornøyd med. Resultatene viser at respondentene, som var Bergensutdannede psykologer med minst to års arbeidserfaring, deler seg i tre: Én tredjedel mente at studiet var nokså relevant for senere yrkesutøvelse, én tredjedel mente at studiet var omtrent passe relevant, mens den siste tredjedelen mente at studiet forberedte dem nokså dårlig på yrkesutøvelsen. Kandidatene gir også uttrykk for å ønske mer praksis og ferdighetstrening – et funn som også går igjen i senere undersøkelser.

Karlsen (1980b) studerte også frafall og studietid ved Universitetet i Bergen, som viste en frafallsprosent på 19 % ved UiB mellom 1969 og 1973 (10 % var regnet som akseptabelt). Ved UiO var frafallet mellom 20–30 % over en lignende tidsperiode (selv om målemetodene var ulike, og resultatene da er vanskelig å sammenligne). Karlsens undersøkelse (1980b) viser imidlertid at frafallet var mindre på andre avdeling (6 %), noe som kan tyde på at når man først kommer til den kliniske delen av studiet, så ønsker studentene å gjennomføre. Dette peker også på det evige samspillet mellom teori og praksis i fagfeltet, da psykologstudiet – til tross for dets hovedvekt på det kliniske – også legger stor vekt på psykologiske basalfag, spesielt i første avdeling. I 1985 publiserer Toril Bruvik en oppfølgingsstudie av Karlsens evaluering, som langt på vei underbygger inntrykket av at uteksaminerte psykologer har en spesielt sterk interesse for de kliniske fagene.

Et annet interessant funn i den første undersøkelsen til Karlsen (1980a) er at det viser seg vanskelig å få de ferskeste psykologene til å delta i den faglige diskursen. Dette betyr imidlertid ikke at de er faglig uinteresserte – de relativt ferske psykologene som besvarte undersøkelsen brukte i gjennomsnitt 15 timer i måneden på å lese psykologisk faglitteratur – men man så i liten grad at dette resulterte i faglige innlegg, enten muntlig eller skriftlig (Karlsen 1980a).

I «Er det fagetisk forsvarlig å la studenter praktisere inngående psykoterapi?» gjør Siri Gullestad noen betraktninger om den kliniske delen av psykologutdanningen (Gullestad, 1986). Arbeidet er basert på en undersøkelse av tidligere pasienters opplevelse av terapi hos studentterapeuter ved UiOs studentklinik. Det viser seg at terapeutens status som

student i liten grad var noe som opptok pasienten, og 10 av 33 pasienter – altså en vesentlig andel – fremhevet faktisk selve studentrollen som noe positivt: «Han hørte mer på meg enn en som har vært psykolog i 40 år. Da stivner de mer.» Gullestad diskuterer muligheten for at det kan være snakk om en idealisering av studentterapeuten, men at det også kan bunne i en forståelse av at studentterapeuten i større grad skaper en mindre asymmetrisk relasjon: «Studenten kan altså fungere som et mer *realistisk* identifikasjonsobjekt». Forfatteren konkluderer med at «Hvis en hovedandel av pasientene for det første har hatt positivt utbytte av behandlingen, for det andre kan begrunne dette, og for det tredje, opplevelsen har vedvart over tid, er dette et sterkt argument i favør av studentbehandlingens forsvarlighet.» Avslutningsvis fremhever Gullestad også at «all terapi har et element av sjanse», en påminnelse vi alle vel kan trenge en gang iblant.



SIRI GULLESTAD

minner om at «all terapi har et element av sjanse» i artikkel om studentterapier. Foto: Fartein Rudjord



BJØRN KILLINGMO

skriver at UiOs studentklinik opprinnelig var sterkt psykoanalytisk orientert. Foto: Ukjent

1990-TALLET:

Psykologutdanningen ekspanderer



DAVÆRENDE

generalsekretær
Sverre L. Nielsen
kjempet mot kutt i
profesjonsutdanningen
- og vant frem.
Foto: Nora
Skjerdingstad



ROLV MIKKEL

BLAKAR anbefaler
UiT å følge i Bergens-
utdanningens fotspor
og satse på eget
fakultet. Foto: Tron
Trondal / UiO

VI ER KOMMET til 90-tallet, hvor studiekapasiteten økes og forholdene legges til rette for at psykologstanden virkelig kan skyte fart. I sentrum av dette står opprettelsen av to nye profesjonsstudier i landet, nemlig i Tromsø og Trondheim, som bidrar til større geografisk spredning av de kommende psykologene. Psykologmangel i Nord-Norge var en av grunnene til at et av studiene ble plassert nettopp i Tromsø (Halvorsen, 2020). Rolv Mikkel Blakar (1991) skriver i en festhilsen at opprettelsen av studiet ved UiT, til tross for trange økonomiske tider, er et tegn på at psykologi anses som nødvendig, uavhengig av hvordan det står til med økonomien. Blakar legger all strid mellom utdanningene ved UiO og UiB til side i sin hilsen til UiT, og råder den nystartede utdanningen til å følge i Bergensutdanningens fotspor, hvor man som nevnt organiserte seg under et eget psykologisk fakultet: «Det er vondt å innrømme det, men på dette punktet ligg Universitetet i Bergen lysår foran Universitetet i Oslo», og legger til: «Det at psykologi har ein sosial dimensjon (...), gjer ikkje psykologi til ein samfunnsvitenskapeleg disiplin.» Blakar varslar imidlertid at UiO «kjem haltande etter», med planer om å opprette sitt eget psykologiske fakultet. I år 2023 kan dette vel knapt sies å være noen underdrivelse, all den tid UiB fremdeles er alene om å ha et psykologisk fakultet i landet. Blakar benytter også anledningen til å trekke frem opprettelsen av den fagspesifikke doktorgraden i psykologi som en videreutvikling av et fagfelt i fortsatt fremvekst. I en lederartikkel i nr. 7, 1994, hilser Gunn Scheen profesjonsstudiet i Trondheim velkommen. Hun benytter også anledningen til å skildre trusselen utenfra, i denne perioden kjent som Gudmund Hernes, sosiolog og daværende kirke-, utdannings- og forskningsminister. Han foreslo å korte ned psykologstudiet til fem år totalt, og legge til alternative løp til psykologutdanningen som antagelig ville svekket den kliniske grunnstammen i cand. psychol.-graden hadde forslagene blitt ved-

tatt (Scheen, 1994; Strand, 2009). Tidligere generalsekretær i Psykologforeningen, Sverre L. Nielsen, spilte en sentral rolle i å få Hernes til å endre mening, og profesjonsstudiet unn-gikk kuttene etter noen intense runder mellom statsråden og foreningen (Strand, 2009; Halvorsen, 2020).

Der artiklene fra 70- og 80-tallet har historisk verdi, og bidrar til å besvare spørsmålet om hvorfor profesjonsstudiene er strukturert som de er, bringer artiklene på 90-tallet oss nærmere et syn på studentene som fremtidige psykologer. Det er spesielt den *kliniske* delen av de ulike profesjonsstudiene som tematiseres mot slutten av 90-tallet (se for eksempel Gullestad, 1999; Hjort, 1999a; Hjort 1999b). I en artikkelserie om de faglige ståstedene ved de to studentklinikken ved UiO, intervjuer Haldis Hjort Bjørn Killingmo og Sissel Reichelt. Intervjuene frembringer ulike perspektiver på studiets teoretiske innhold, forankret i Killingmo (psykoanalytisk psykoterapi) og Reichelts (systemisk psykoterapi) respektive faglige tradisjoner. Killingmo argumenterer blant annet *mot* den terapeutiske verktøykasse: «Du kan ikke ha med deg noe verktøy som er ferdiglaget for ulike typer problemer eller situasjoner. Ditt verktøy er din forståelse. Og det krever en helt annen holdning til faget, det må være personliggjort, internalisert.» (Hjort, 1995a).

Nettopp dette med overordnede ideer adresserer Bjørn Killingmo i sin artikkel fra 1999. Her redegjør han innledningsvis for den sterke psykoanalytiske orienteringen UiOs studentklinik hadde den første tiden, og knytter den både til Freud, og Harald Schjelderup, som utviklet det Killingmo kaller «psykoanalyse på norsk» (Killingmo, 1999). «Vi valgte ikke psykoanalysen fordi vi mente den var overlegen i forhold til andre alternative teorier. Det *var* ingen andre teorier på markedet», skriver Killingmo, og fremhever samtidig at det har foregått vesentlige endringer i klinikens teoretiske grunnlag siden den ble startet i 1968. Teksten handler i stor grad om samspill



(FRA VENSTRE) Bjørn Rishovd Rund og Odd Havik trekker ulike konklusjoner om behovet for psykologer i fremtiden. Foto: Privat

let mellom teori og praksis i psykologutdanningen, noe som knytter seg til et evigvarende spenningspunkt i en utdanning som er såpass klinisk rettet. Killingmo (1999) sier det ganske enkelt slik: «I begynnelsen var teorien!» Han hevder at teoretisk basert psykoterapi har fått et ufortjent dårlig rykte og at det ikke er noe ved teorier som per definisjon står i veien for empatisk innlevelse i pasienten.

Killingmo drøfter videre hva slags kunnskap vi gir, og bør gi, studentene, og skiller mellom deskriptiv kunnskap – kunnskap om fenomenene og hvordan de henger sammen, som han kaller passiv kunnskap – og personlig kunnskap, som er en mer ferdighetsbasert form for kunnskap, som kan brukes aktivt i møte med fenomenene for å mestre dem. Det er denne aktive formen for kunnskap vi har behov for når vi står midt i situasjonen med pasienten. Killingmo byr også på litt kaldt vann i årene til den flinke psykologstudent – den personlige kunnskapen tar tid å internalisere: «Det er i virkeligheten et livslangt prosjekt».

I teksten «Den fortrolige samtalen» inviterer Siri Gullestad (1999) psykologstudentene til en «refleksjon over spørsmålets 'psykologi'», og påpeker at *å stille spørsmål* er en tendens hos nybegynneren. Et bevisst forhold til dette er viktig fordi en overvekt av spørsmål kan bidra til å passivisere pasienten, og slik stå i veien for, heller enn å fremme, relasjonell kontakt. Hun fremhever også småpratene i starten av terapitimen som en måte å regulere egen angst i møte med nye pasienter. Småpratene kan ha uønskede negative effekter i form av en subtil dobbeltkommunikasjon: Tanken kan være å roe ned pasientens angst ved hjelp av høflig småprat, mens det egentlig bidrar til unngåelse av det man faktisk er der for å snakke om. Dette kan fremstille pasientens følelser som noe farlig, som må reguleres bort før timen kan begynne, og kan ifølge Gullestad, medføre at angstnivået i virkeligheten stiger. Småpratene kan også kommunisere at «terapeuten er engstelig for å nærme seg det som er vanskelig».

2000-TALLET:

Ventetid og inntakssystemet

MILLENNIUMSKIFTET VAR FOR mange en naturlig anledning til å se fremover i tid, så også for psykologene. Antallet studieplasser økte stort gjennom 90-tallet. Dette skyldtes spesielt to årsaker, ifølge Odd E. Havik (2001): At køen av studenter var for lang – på det meste talte den opptil 900 studenter, og ventetiden for å komme inn på studiet var over fire år, noe som førte til press om å øke antallet studieplasser. Den andre årsaken var psykologmangel, med over 400 ubesatte stillinger – altså opplevde man press både innenfra og utenfra. Havik (2001) stiller det ledende spørsmålet «Kan noen trær vokse inn i himmelen?», og redegjør for offentlige beregninger som indikerte at universitetene ville begynne å overproducere psykologer sammenlignet med samfunnets behov, dersom studiene fortsatte med datidens dimensjoner. Han knytter dette blant annet til opptrappingsplanen for psykisk helse, og hva planen innebar for satsningen på psykologer på det tidspunktet, og projeksjoner for fremtiden. Bjørn Rishovd Rund (2000) ved Psykologisk institutt, UiO, er ikke enig i konklusjonene Havik trekker, og nevner PP-tjenesten, forskning, privat praksis og kommunene som mulige utvidelsesområder for psykologer. Rund konkluderer med at det neppe blir noen stor arbeidsledighet for psykologer i år 2020.

På 2000-tallet blir spørsmålet om hvem som skal få lov til å kalle seg psykolog et sentralt tema, spesielt etter opprettelsen av masterstudier i psykologi. Det er flere debattrunder rundt hvorvidt kandidater med mastergrader i psykologi skal få kalle seg psykologer (Torgalsbøen, 2006), et tema som gjentar seg på 2010-tallet (se for eksempel Halvorsen & Helmikstøl, 2019).

Et annet viktig spørsmål på 2000-tallet var inntakssystemet til profesjonsstudiet – hvordan skal de fremtidige psykologene selekteres? UiO var først ute med å legge om inntakssystemet fra årsstudiummodellen i psykologi, hvor flere hundre studenter skulle siles ut basert på eksamenskarakterer i psykologiske grunnfag, til det mer tradisjonelle opptakssystemet gjennom Samordna opptak. Rent konkret betydde det en endring fra 1+5 år til 6 studieår. Bedre integrering av klinisk kunnskap og ferdigheter i studieprogrammet, samt de negative samfunnsmessige og personlige konsekvensene av å ta årsstudiet flere ganger for å forbedre karakteren, ble fremhevet som argumenter for den nye ordningen (Gullestad, 2009). På den andre siden ble det argumentert for at studentgruppen ville bli yngre, flinkere og mer homogen med opptak direkte fra videregående skole (Pallesen & Larsen, 2010; Mulders Steine, 2010). I dag har samtlige studiesteder opptak fra Samordna opptak.

2010-TALLET:

Konflikter i klinikken og studentterapeutenes bekymringer

I 2017 OPPSTÅR en stor konflikt ved UiO, med instituttledelsen på den ene siden, og et tilnærmet samlet klinisk miljø på den andre. Stridens kjerne var studentklinikken, hvor det innleide advokatfirmaet Kluge avdekket drift i avvik med helselovgivingen. Ledelsen stengte klinikken på dagen, noe som ble kritisert fra flere hold (Helmikstøl, 2017a, 2017b). Parallelt med dette ønsket ledelsen å inngå samarbeid med helseforetakene om studentklinikkerne, noe som skapte sterke reaksjoner i det kliniske miljøet (Helmikstøl, 2017b, 2018; Jessen et al., 2017; Wasmuth et al., 2017). Psykologtidsskriftet ble også kritisert for deknningen av klinikkstriden, og det som opplevdes som mangel på kritiske spørsmål til instituttledelsen, både knyttet til hastestengningen og planene om radikale endringer i praksisopplegget (Seeger Halvorsen, 2017; Axelsen et al., 2017).

Parallelt med klinikkstriden ved UiO, raser også debatten om ELTE-studentene – psykologstudenter uteksaminert ved Eötvös Loránd University i Ungarn – både i og utenfor tidskriftets spalter. Saken sprekker i 2016, da Helsedirektoratet slutter å godkjenne lisens og autorisasjon til studentene, som inntil da hadde vært vanlig praksis (se for eksempel Halvorsen, 2021). Etter diverse runder i retts-systemet, ble ballen lagt død høsten 2021, da Høyesterett avviste ELTE-studentenes anke. Løsningen på situasjonen ble at enkelte av de ferdigutdannede kandidatene ble omfattet av en overgangsordning, hvor man fikk autorisasjon om man gjennomførte supplerende kurs ved de norske lærestedene for å dekke kunnskapshull etter den ungarske utdanningen.

Avslutningsvis er en tydelig tendens utover 2010-tallet, og 2020-tallet, at psykologer og studenters arbeidsvilkår og selvivaretagelse set-

tes på dagsordenen. I kartlegginger av psykologstudenters bekymringer om terapeutrollen fremkom at mangelen på teoretisk kunnskap om psykopatologi og psykoterapi var den største bekymringen (Hansen, Svendsen & Hagen, 2010; Høstmark Nielsen et al., 2009). I tillegg var studentterapeutene bekymret for negativ kritikk fra medstudenter og veileder. Forfatterne fant også indikasjoner på at *innholdet* i bekymringene endrer seg i løpet av studiet. Det viste seg f.eks. at frykten for kritikk fra medstudenter og veileder minket ettersom studentene fikk mer erfaring med pasientarbeid og veiledning, men også at det er de mest uerfarne terapeutene som skårer høyest på bekymring generelt (Hansen, Svendsen & Hagen, 2010). Det rapporteres videre fra alle kullene i undersøkelsen at profesjonsstudiet i liten grad integrerer teori og praksis. Forfatterne drøfter funnene, og lurer på om bekymringer for å mangle teoretisk kunnskap også kan henge sammen med en manglende forståelse av terapiprosessen og det som er sentralt i den. At man utvikler et mer realistisk bilde av terapiprosessen på sikt, kan forklare hvorfor bekymringene blir svakere med tiden, i tillegg til at man da selvfølgelig har tilegnet seg mer teoretisk kunnskap, så vel som praktiske ferdigheter. Disse artiklene belyser også bekymring som normaltilstand – man *bør* kjenne et element av bekymring når man yter psykisk helsehjelp, men uten at dette tar overhånd på en slik måte at det går utover alliansen (Høstmark Nielsen et al., 2009; Hansen, Svendsen & Hagen, 2010).

2020-ÅRENE:

Praksissjokket og veien videre

SELVIVARETAKEELSE OG PSYKOLOGERS arbeidsvilkår er et av temaene som virkelig har festet seg den siste tiden. Debatten om overgangen fra studentlivet til psykologyrket kan deles inn i minst to spor, som flyter inn i hverandre: At studiet ikke forbereder kandidaten på yrkesutøvelsen på en tilfredsstillende måte – kalt «praksissjokket» (Hübertz Haaland, 2023); og at sakene er for mange og for komplekse, og arbeidspresset for stort, slik at det går utover psykologens egen helse (Vatne & Skilhagen, 2014). Samtidig fremhever Hübertz Haaland (2023) at læringen ikke slutter ved uteksamineringen; man kan arbeide på flere fronter gjennom å forbedre studiet, *samtidig* som arbeidsplassene og den enkelte må ta ansvar for fortsatt kompetanseheving som ferdig psykolog.

I to nylige saker (Halvorsen 2023a, 2023b) kommer det frem at fire nye læresteder søker om å få etablere profesjonsstudier i psykologi, samtidig som SSB spår psykologoverskudd. I dag mangler vi 350 psykologer, et tall som er påfallende likt underskuddet ved millenniumskiftet (Havik, 2000), men SSB mener at dette kan snu til et overskudd på 1800 psykologer i 2040 (Halvorsen, 2023b). Historien viser oss at det har vært vanskelig å forutse samfunnets behov for psykologer.

Vi nærmer oss vår egen tid i sammenfatningen av studentrelaterte temaer i Psykologtidsskriftet. Det er tydelig at profesjonsstudiet i psykologi har skapt både debatt og følelser helt fra starten av. Vi har sett hvordan de ulike aspektene ved profesjonsstudiet har utviklet seg gjennom årene, fra et fokus på å bygge opp *psykologstudiet* til å bygge opp *psykologstudenten*, ikke minst som fremtidige profesjonsutøvere, og hvordan de skal gjøres i stand til å takle den vanskelige overgangen fra student til psykolog. Forholdet mellom teori og praksis, og deres integrasjon på profesjonsstudiet, er et tema som stadig går igjen, uten at man ser ut til å ha kommet i mål med en optimal løsning. Om det er mulig å konkludere med noe, nå i 2023, så må det være at mange av de samme spørsmålene og debattene har en tendens til å gjenta seg – ikke fordi fagfeltet ikke utvikler seg, men fordi det er grunnleggende spørsmål man ikke blir ferdig med, og som ligger tett opp mot kjernen i fagfeltet klinisk psykologi.

Når det gjelder psykologstudentene selv, så har de i store deler av tidskriftets historie vært fraværende i spaltene. Det kan ha mange grunner, men det er gledelig å konstatere at de siste årene har vist en *forsiktig* tendens til at studenter og nyutdannede våger seg ut i ytringsrommet Psykologtidsskriftet representerer. Det lover godt for fremtiden. Og å appellere til nettopp psykologstudentene er kanskje en passende måte å runde av på: Skriv til oss – det er plass til dere også her!

Til glede for nye lesere

- Milepel i norsk psykologi av Bjørn Christiansen (1979)
- Den fortrolige samtalen. Om opplæring av psykologistudenter i psykoterapeutisk kommunikasjon av Siri Gullestad (1999)
- Teoriens plass i psykoterapiopplæring av studenter av Bjørn Killingmo (1999)

Les tekstene på nett:



REFERANSER

- Axelsen, E., Benum, K., Bernhardt, I., Gullestad, S., Seeger Halvorsen, M., Hartmann, E., Haavind, H., Killingmo, B., von der Lippe, A., Mausest, T., Monsen, J., Mossige, S., Nissen-Lie, H., Weie Oddli, H., Reichelt, S., Gullestad Rø, F., Rønnestad, H., Råbu, M., Stånicke, L., ... Øiestad, G. (2017). Historien Psykologtidsskriftet ikke forteller. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(11), 1197–1199. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2017/12/historien-psykologtidsskriftet-ikke-forteller>
- Björger, I. A. (1974). Anbefalinger angående standarder for norsk psykologisk embetseksamen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 11(12), 30–35.
- Bruvik, T. (1985). Psykologstudiet i Bergen – En oppdatert evaluering basert på tilbakemelding fra ferdige kandidater. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 22(8), 427–439
- Christiansen, B. (1979). Milepel i norsk psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 16(3), 129–133.
- Christiansen, B. (1981). Profesjonsutdanning av psykologer: En gjennomgåelse av amerikanske modeller og standarder. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 18(10), 514–527.
- Grinde, T. V. (1993). Psykologloven fyller 20 år – Vår profesjonalisering i et tidsperspektiv. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 30(4), 356–363.
- Gullestad, S. (1986). *Studentbehandling – for-svarlig psykoterapi?* *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 23(1), 3–12.
- Gullestad, S. (1999). Den fortrolige samtalen. Om opplæring av psykologstudenter i psykoterapeutisk kommunikasjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 36(5), 428–435.
- Gullestad, S. (2009). Hvem får bli psykolog? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(11), 1103. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2009/11/hvem-far-bli-psykolog>
- Halvorsen, M. S. (2017). Uforsvarlig drift eller politisk maktspill? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(11), 1200–1201. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2017/12/uforsvarlig-drift-eller-politisk-maktspill>
- Halvorsen, P. (2020). Evighetsmaskinen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(4), 250–255. <https://psykologtidsskriftet.no/intervju/2020/04/evighetsmaskinen>
- Halvorsen, P. (2021). Høyesterett avviste ELTE-studentenes anke. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2021/09/hoyesterett-avviste-elte-studentenes-anke>
- Halvorsen, P. & Helmikstøl, Ø. (2019). Men masterdebatten var ikke død. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(10), 735–741. <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2019/09/men-masterdebatten-var-ikke-dod>
- Halvorsen, P. (2023a). Kampen om psykologutdanningen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(7), 406–413. <https://psykologtidsskriftet.no/aktuelt/2023/06/kampen-om-psykologutdanningen>
- Halvorsen, P. (2023b). Spår psykologoverskudd. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/aktuelt/2023/06/spar-psykologoverskudd>
- Hansen, T. I., Svendsen, B. & Hagen, R. (2010). Studentterapeuters bekymringer og opplevelse av profesjonsstudiet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(6), 505–515. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2010/06/studentterapeuters-bekymringer-og-opplevelse-av-profesjonsstudiet>
- Havik, O. E. (2001). Kan noen trær vokse inn i himmelen? Refleksjoner over omfanget av norsk psykologutdanning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 38(2), 109–116.
- Helmikstøl, Ø. (2017a). Utluftningen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(11), 1050–1056. <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2017/11/utluftningen>
- Helmikstøl, Ø. (2017b). – Ikke unikt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(11), 1057–1058. <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2017/11/ikke-unikt>
- Helmikstøl, Ø. (2018). Vil ha klinikken internt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(2), 91. <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2018/02/vil-ha-klinikken-internt>
- Hjort, H. (1995a). Synet på psykoterapi og den kliniske utdannelsen ved Psykologisk institutt i Oslo. Del I: Psykoanalysen. Samtale med Bjørn Killingmo. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 32(1), 43–50.
- Hjort, H. (1995b). Synet på psykoterapi og den kliniske utdannelsen ved Psykologisk institutt i Oslo. Del II: Systemteorien. Samtale med Sissel Reichelt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 32(2), 138–145.
- Høstmark Nielsen, G., Vøllestad, J., Schanche, E. & Birkeland Nielsen, M. (2009). Får jeg det til? En kartlegging av studentterapeuters bekymringer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(3), 240–245. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2009/03/far-jeg-det-til-en-kartlegging-av-studentterapeuters-bekymringer>
- Jessen, R. S., Sund Morken, I., Riegels, J., Furuholmen, C., Adams Kvam, E. & Lohne-Knudsen, L., (2017). En prinsipiell strid. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(11), 1196–1197. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2017/12/en-prinsipiell-strid>
- Karlsen, B. R. (1980a). Psykologstudiet i Bergen: En vurdering basert på tilbakemeldinger fra ferdige kandidater. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 17(2), 71–83.
- Karlsen, B. R. (1980b). Psykologstudiet i Bergen: Frfall og studietid ved psykologstudiet i Bergen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 17(6).
- Killingmo, B. (1999). Teoriens plass i psykoterapiopplæring av studenter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 36(2), 126–132.
- Pallesen, S. & Larsen, S. (2009). Hvem skal få bli psykolog? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(5). <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2010/05/hvem-skall-fa-bli-psykolog>
- Psykologloven fyller 20 år (2019). *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(12). <https://psykologtidsskriftet.no/fra-arkivet/2019/12/psykologloven-fyller-20-ar>
- Rund, B. R. (2000). Behovet for psykologer i fremtiden. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 37(4), 529–533.
- Scheen, G. (1994). Embetsstudium i Trondheim. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 31(7), 577–579.
- Skjerve, J., Solholm, R., Nielsen, G. H. & Lundervold, A. J. (2021). Universitetsklinikker for psykologi i Bergen – 50 år. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(8), 694–699. <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2021/08/universitetsklinikker-psykologi-i-bergen-50-ar>
- Steine, I. M. (2010). Grunner til å beholde dagens ordning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(6). <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2010/06/grunner-til-beholde-dagens-ordning>
- Strand, N. (2009). Kampen om psykologutdanningen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(11), 1068–1069. <https://psykologtidsskriftet.no/psykologforenigen-75-ar/2009/11/kampen-om-psykologutdanningen>
- Torgalsbøen, A-K. (2006). Jakten på psykologtittelen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(5). <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2006/05/jakten-pa-psykologtittelen>
- Wasmuth, J., Torvik, E., Thoresen, L. E.K., Jordet, M. & Rostrup, C. M. (2017). David møter Goliat. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(11), 1194–1195. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2017/12/david-moter-goliat>

BOKESSAY

Stunden kommer aldri tilbake

TEKST Per Johan Isdahl

Håvard Friis Nilsens *Du må ikke sove – Wilhelm Reich og psykoanalysen i Norge* er en sakprosafortelling om psykoanalytiker og psykiater Wilhelm Reichs (1897-1957) landflyktighet i Norge. Boka ble utgitt i fjor til begeistrede anmeldelser og forfattersamtaler med Siri Gullestad og Erik Stånicke på Litteraturhuset i år.

Freud-eleven Reich kom til Oslo i 1934 – invitert av Harald Schjelderup – og skapte bølger i norsk psykologi og åndsliv. Forelesningene på universitetet vekket intens debatt. Sentrale personer i kulturlivet, som Arnulf Øverland og Sigurd Hoel, gikk til Reich i analyse.

Reich var sentral i utviklingen av norsk kropporientert psykoterapi. I bokessayet *Stunden kommer aldri tilbake: Usamtidigheter i kroppsterapiens historie* er kroppsterapien det viktige. Psykologspesialist og fagveteran Per Johan Isdahl (77), kjent for sitt kliniske arbeid med spiseforstyrrelser, var fersk psykolog i 1977 og del av den psykologfaglige bevegelsen etter Reich.

Full versjon av bokessayet er publisert på nettsiden.



PER JOHAN ISDAHL
Foto: Hertervig Forlag

BOKOMTALE

BOK *Atferdsanalyse gjennom 50 år*

FORFATTER Børge Holden

ÅR 2023

UTGITT AV Norsk atferdsanalytisk forening (NAFO)

SIDER 542

Det er ikke bare Tidsskrift for Norsk psykologforening som fyller 50 år i 2023 – også Norsk atferdsanalytisk forening ble etablert i 1973, under navnet Norsk forening for atferdsterapi. Dette blir markert med utgivelsen *Atferdsanalyse gjennom 50 år*, skrevet av psykolog Børge Holden, som har hatt sentrale roller i foreningen siden 1982. Boken gir en omfattende introduksjon til feltet atferdsanalyse, som baserer seg på B.F. Skinners teorier, og som i en periode ble mye brukt i møte med pasienter med utviklingshemning. I tillegg til en grundig presentasjon av atferdsanalysens historie i Norge redegjør boken for de viktigste debattene som har involvert metoden, hvor den mest kjente – den såkalte Gro-saken – vies mye plass.



BØRGE HOLDEN
Foto: Privat

Psykologer og cyberspace



1970-TALLET

Fra lederplass i 1979: «Mennesket kan bli den tapende part i kampen med datamaskinen. Datamaskinen gjør få feil, den tar ikke kaffepauser og den streiker ikke. Dessuten kan den arbeide døgnet rundt uten å være skiftarbeider og uten å gjøre krav på en rimelig sykelønnsordning når den er nedkjørt.»

På 70-tallet ble pasientjournaler skrevet på papir og ofte for hånd. Datamaskinenes inntog ble møtt med frykt og dystopiske framtidsutsikter, også blant psykologene.

1980-TALLET

Tekstene på 80-tallet gir inntrykk av at psykologene var mindre skeptiske og mer ambivalente til den nye teknologien. Bjørn Ellertsen (1984) appellerer til Psykologforeningen om å opprette et organ som på medlemmenes vegne koordinerer bruk av microcomputere i psykologien. «Microcomputeren er på full fart inn på alle nivå i samfunnet og sprer både glede og usikkerhet i hjem, skole og på arbeidsplassene.» Forfatteren konkluderer med at psykologer kan ha stor nytte av de nye hjelpemidlene, men at det er mange forhold som på tas i betraktning før man kaster seg på karusellen.

1990-TALLET

Sakte, men sikkert toger datamaskiner inn på arbeidsplasser, skoler og i norske husstander. På slutten av tiåret har de fleste internett-tilgang. Teknologit utviklingen er i ferd med å eksplodere.

I 1997 gir Arne Repål (bildet) en innføring i internett som faglig verktøy for psykologer, og oppfordrer til refleksjoner og synspunkter om nettet. Det er sju år siden World Wide Web ble tilgjengelig.

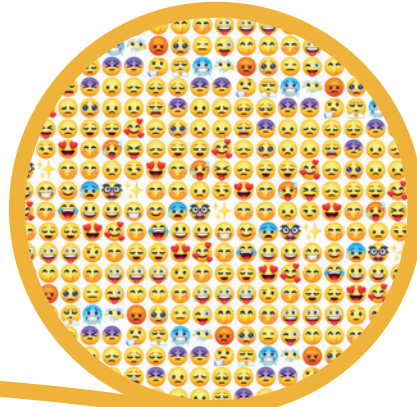
I denne perioden formidler flere av medlemmene erfaringer med bruk av datateknologi i psykologarbeid. I 1998 reflekterer Knut Dalen om de faglige og etiske utfordringene i kjølvannet av utviklingen.

Til glede for nye lesere

- Arbeidspsykologi og attføring i en science fiction tid, Leder, nr. 3, 1979
- Psykologer og computerteknologi av Bjørn Ellertsen (1984)
- Internett, et faglig verktøy for psykologer? av Arne Repål (1997)
- Internett - ei fagleg og etisk utfordring for psykologer av Knut Dalen (1998)
- Temanummer: Helse på nett: Internett og psykologiske tjenester (2002)
- Varm teknologi mot hørselshallusinasjoner av Svein Øverland og Patrick Vogel (2018)
- Mot det digitale av Per Are Løkke, Linda Rør-Nilsen og Julie Barrie (2020)

Les tekstene på nett:





2000-TALLET

Psykologer begynner å utforske data-teknologiens muligheter som arbeidsmetode. Temanummeret «Helse på nett» inkluderer foreningens veileder for faglig virksomhet på internett, og bærer preg av nybrottsarbeid.

Det er skepsis i klinikken til bruk av datamaskiner, samtidig er en fremtid med e-terapi et hett diskusjonstema. Gammon og Jensen viser i 2002 at nettbrukere foretrekker å snakke om personlige problemer på nett fremfor ansikt til ansikt. I «E-spyken» i samme nummer deler Finn Skårderud sine tanker om netterapi og drøfter utfordringer som fortsatt er aktuelle.

I «E-psyken» i samme nummer deler Finn Skårderud tanker om netterapi og fremhever utfordringer som fortsatt er aktuelle.

2010-TALLET

Den digitale generasjon er i BUP- de er oppvokst med den nye teknologien på alle kanter. Psykologer forsøker å hjelpe og forstå barn og ungdom som bruker emojis og møtes digitalt på fritiden. Faglige diskusjonstemaer er internett- og spillavhengighet, e-terapi og AVATAR-behandling (Øverland & Vogel, 2018).

I MSM går diskusjonene høyt om netthets og de «farlige» dataspillene. Kommunikasjon med klienter via internett og mobil anses som regelbrudd pga. personvern og sikkerhet. Stangeland og Øverland bryter en barriere: I 2007 deler de sine erfaringer med å trosse forbudet om digital kontakt, for å kunne imøtekomme den digitale ungdommen.

2020-TALLET

I mars 2020 stenger samfunnet på grunn av Covid. Psykologene må tilpasse seg raskt. De får lynkurs i Zoom og Teams.

Sommeren samme år får digital behandling sin ilddåp. Psykologer får erfaring med digitale terapiforløp og deler tanker om videreutvikling av digitale terapeutiske tjenester. I 2020 skriver Løkke i «Mot det digitale» at: «Det eksisterer en selvinnsynende eksistensiell forskjell mellom å kommunisere nærhet, omsorg og kjærlighet mellom mennesker i samme rom og gjøre det via en skjerm.»

Podkastepisode:

Overtar cyberspace psykologien?

Psykologien har vært gjenstand for digitalisering i mange tiår. Allerede på 60-tallet fantes robotpsykologen Eliza, som delvis kunne etterligne en terapeuts svar til en klient. Siden har utviklingen vært enorm. I dag utvikles stadig nye digitale plattformer å ta i bruk, som supplement eller erstatning for tradisjonell ansikt-til-ansikt-terapi. Verktøyene gjør at klienter som ikke tidligere fant veien

til behandling eller ikke klarte å nyttiggjøre seg den, kan ta imot hjelp. Strukturerede og målrettede tiltak kan gis på en effektiv og kostnadsbesparende måte. Men har utviklingen noen praktiske og etiske slagsider? Og vil fremtidsteknologien erstatte behovet for psykologer? Lytt til diskusjonen i «Overtar cyberspace psykologien?»



DU FINNER vår podkast på [Psykologtidsskriftet.no/](https://www.psykologtidsskriftet.no/) podkast

Bjørn Christiansens minnepris

Professor Bjørn Christiansens minnepris har blitt utdelt årlig siden 1989 som en anerkjennelse for et betydningsfullt faglig bidrag publisert i Tidsskrift for Norsk psykologforenings sist forutgående årgang.



Bjørn Christiansen

Minneprisvinnere gjennom tidene

- | | | |
|--|--|--|
| 1989: Nils Eide-Midtsand
Tre kommunikasjonsnivåer hos barn i psykoterapi | 1995: Nora Sveaass og Helen Johnsen Christie
Psykologi i en verden i forandring | 2002: Jarle Eid og Bjørn Helge Johnsen
Diagnosen akutt stresslidelse og forebygging av post-traumatisk stresslidelse |
| 1990: Halldis Leira
Fra tabuisert traume til anerkjennelse og erkjennelse.
Del I – Om arbeid med barn som har erfart vold i familien
Del II – En modell for intervensjon med barn og unge som har erfart vold i familien | 1996: Atle Dyregrov og Magne Raundalen
Sorg hos barn
Del I: Kort – og langtidsreaksjoner
Del II: Oppfølging | 2003: Annika Melinder og Svein Magnussen
Barn som vitner: En gjennomgang av nyere forskning |
| 1991: Michael Helge Rønnestad og Thomas M. Skovholt
En modell for profesjonell utvikling og stagnasjon hos terapeuter og rådgivere | 1997: Ivar Reinvang
Klinisk Nevropsykologi: status og utfordringer | 2004: Kim Larsen
Freud og Anna O. – en analyse av psykoanalysens historiefremstilling i lys av nyere materiale |
| 1992: Ellen Hartmann
Mors og barnehagens betydning for barns skolegang, utdanning og utvikling av selvstendighet og autonomi | 1998: Kjersti Wogn-Henriksen
Går det an å kommunisere med mennesker med aldersdemens? | 2005: Roar Solholm, Elisabeth Askeland, Terje Christiansen og Mona Duckert
Parent Management Training – Oregon-modellen
Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge |
| 1993: Elisabeth Backe-Hansen
En utdyping av «barnets beste» som standard i barnevernssaker | 1999: Tor-Johan Ekeland
Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak | 2006: Hanne Haavind
Midt i tredje akt? Fedres deltakelse i det omsorgsfulle foreldreskap |
| 1994: Ole David Brask
Relasjonsskapende arbeid i en akuttavdeling:
Individtilpasset behandling av førstegangsinnlagte med schizofreni | 2000: Marte Nilsson og Helene Trana
Fra opplevd dilemma til mulige løsninger i terapeutiske samtaler med barn og deres foreldre | 2007: Trude Reinjfell, Trond H. Diseth og Arne Vikan
Barn og kreft: Barns tilpasning til og forståelse av alvorlig sykdom |
| | 2001: Halvor Kjølstad
Et åndfullt liv uten den sterke ånden (Spiritus Fortis)? – om alkoholrelaterte problemer, åndsdimensjonen og gruppe-terapi | |

FRA STATUTTER FOR MINNEPRISEN

Bare arbeider som er publisert i tidsskriftets ordinære numre kan komme i betraktning. Minneprisen kan tildeles for arbeider av teoretisk, metodisk eller faglig substansiell art. Det kan like gjerne dreie seg om arbeid innenfor et allerede etablert fagområde som et arbeid innenfor et område under oppbygging. Arbeider som antas å kunne bidra til positiv synliggjøring og/eller videreutvikling av psykologprofesjonen skal i særlig grad komme i betraktning. Det må stilles strenge krav til arbeidets komposisjon, språklige utforming og faglig stringens.

- 2008: **Nils Inge Landrø og Stein Andersson**
Nevropsykologiske aspekter ved stemningslidelser
- 2009: **Torkil Berge og Lars Dehli**
Kognitiv terapi ved kronisk utmattelsessyndrom/ME
- 2010: **Henning Bang og Thomas Nettet Midelfart**
Dialog og effektivitet i ledergrupper
- 2011: **Hanne Cecilie Braarud og Dag Øystein Nordanger**
Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse
- 2012: **Iris M. Steine, Anne Marita Milde, Bjørn Bjorvatn, Janne Grønli, Inger Hilde Nordhus, Jelena Mrdalj og Ståle Pallesen**
Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge
- 2013: **Audhild Sinnes**
Sexbasert menneskehandel med kvinner – et frigjøringspsykologisk perspektiv
- 2014: **Aina Osvold**
«Jeg er som vanlig» – Barns fortellinger om ADHD
- 2015: **Knut-Petter Sætre Langlo og Ragna Erdal-Aase**
Testing av tegnspråklige døve med California verbal learning test-II
- 2016: **Hallvard Føllesdal**
Er emosjonell intelligens viktig i arbeidslivet?
- 2017: **Marit Råbu og Hanne Haavind**
«Hvor langt kom vi?» – Felles utforskning av bedring i siste fase av psykoterapi
- 2018: **Kristoffer Høiland**
The Good Lives Model i behandling av personer dømt for seksuelle lovbrudd
- 2019: **Sandra Ekelund Eidhammer, Håkon Larsen Jahr, Ines Blix og Tine Jensen**
Traumefokusert kognitiv atferdsterapi for barn og ungdom med PTSD og kompleks PTSD
- 2020: **Janne Øen Hansen, Tonje Ada Brandser og Jens C. Thimm**
Behandling av komplisert sorg – En systematisk oversikt og metaanalyse av randomiserte kontrollerte studier
- 2021: **Siri S. Helland, Kristian Rongstad, John Kjøbli, Anneli Mellblom og Agathe Backer-Grøndahl**
Psykologer i kommunen: kartlegging av tjenester for barn og unge med psykiske vansker
- 2022: **June Lystad, Eline Borger Rognli, Ellen Ånestad Moen, Øystein Spjelkavik og Hanne Lorimer Aamodt**
Arbeidsrettet behandling ved alvorlig psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten

Les tekstene på nett:



Privat sektor i vekst

Psykologforeningen er en forening for alle psykologer. Psykologer i det private, uten drifts-avtale med det offentlige, er en voksende gruppe i vår medlemsmasse, og vi ønsker å representere også disse medlemmene godt. Derfor styrker vi medlemsdemokratiet med et utvalg for denne gruppen.

FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN



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

Psykologer i det private – både ansatte og privatpraktiserende – er en gruppe som øker i antall og som har særskilte utfordringer knyttet til blant annet avtalevilkår, pensjon og sosiale rettigheter. Dette er problemstillinger som skiller seg fra utfordringene som møter det store flertallet av våre medlemmer i offentlig sektor.

Disse utfordringene har vi jobbet med lenge, men vi ser behov for å intensivere dette arbeidet. Kvalitet på avtaler, forholdet til arbeidsgiver/oppdragsgiver eller andre i kontorfellesskap, er også aktuelle spørsmål for psykologer i privat praksis og ansatte i private virksomheter. For at Psykologforeningen skal gjøre en enda bedre jobb knyttet til disse temaene trenger vi økt kontakt med psykologene i det private. Vi mener også at medlemmene våre i det private kan gi oss verdifull informasjon om fag, ledelse og organisering av tjenester, noe vi som forening kan dra nytte av. I tillegg trenger vi mer inngående kunnskap om hva som gjør at psykologene i økende grad søker seg til det private.

Psykologforeningens prinsippprogram sier tydelig at vi er for en sterk offentlig helsetjeneste. Vi legger inn en stor innsats for medlemmene våre i det offentlige, og for at den offentlige helsetjenesten - en av hjørnesteinene i velferdsstaten - skal fungere godt for pasientene og være et naturlig arbeidssted for psykologer å søke seg til. Det kommer vi til å fortsette med.

Når veksten av medlemmer i helprivat sektor ble diskutert på vår Lederkonferanse i 2021 var det enighet om at man må kunne ivareta flere hensyn og perspektiver. De helprivate utgjør et supplement til det offentlige tilbudet, er medlemmer av Psykologforeningen og skal få sine interesser ivarettatt av oss.

Denne høsten vil det opprettes sektorutvalg for psykologer i helprivat sektor. De nye sektorutvalgene ble vedtatt opprettet på landsmøtet i november, og skal være organisatorisk plassert under sentralstyret. Formålet er å styrke medlemsdemokratiet og å styrke de tillitsvalgte posisjon og bidrag i foreningen.

For privat sektor byr dette på noen utfordringer, da det ikke finnes noen tydelig tillitsvalgtstruktur i sektoren fra før. Det betyr at det vil kreve litt mer å få dette utvalget i gang, men det betyr også at det er et av sektorutvalgene hvor det ligger størst potensiale for nybrottsarbeid og gevinst.

Jobber du i det private og har lyst å gjøre en forskjell i Psykologforeningens arbeid som samfunnsaktør, faglig forening og fagforening, så har du sjansen til å bidra nå.

Arbeidsmarkedet er i stadig endring, noe som påvirker psykologers muligheter, valg og tilknytningsformer i arbeidslivet. Betingelser for helsepersonell og pasientsikkerhet henger sammen, så et sunt arbeidsliv er også et gode for pasientene. Foreningen jobber av disse årsakene for å sikre gode betingelser for medlemmer uavhengig av hvor de jobber. Dette er i kjernen av vårt oppdrag, og det nye sektorutvalget vil bidra til arbeidet.

Det vil fremover legges ut informasjon i våre kanaler om et digitalt valgmøte hvor psykologer som jobber i det private, både som selvstendig næringsdrivende og som ansatte i private virksomheter, kan stille for å diskutere relevante saker, stille som kandidat til sektorutvalget og/eller stemme på kandidater. Vi ser frem til å komplettere sektorutvalgene med utvalget for privat sektor. Vi er alltid sterkere sammen!

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

Gratis advokatbistand

Psykologforeningens advokater og jurister i avdeling for jus- og arbeidsliv bistår medlemmene i arbeidsrettslige og helserettslige saker. Nå kan våre medlemmer også få tre timer gratis juridisk bistand i privatrettslige saker fra Advokatfirmaet Nova.

Medlemstilbudet gjelder alle medlemmer av fagforeninger som har samarbeidsavtale med Storebrand gjennom Akademikerne Pluss, men du trenger altså ikke selv å være kunde i Storebrand for å benytte deg av dette tilbudet. Utover bistand til medlemmer som privatpersoner tilbys også bistand til selskaper som fullt ut eies av medlemmene.

Advokatfirmaet Nova er et Oslo-basert mellomstort advokatfirma som jobber med et bredt spekter av juridiske områder. Tre timer årlig er inkludert i ditt medlemskap i Psykologforeningen. De tre timene kan benyttes til skriftlig og muntlig juridisk rådgivning innenfor de fleste fagområder, for eksempel spørsmål eller hjelp til oppsett av dokumenter som samboeravtale, testament, fremtidsfullmakt eller husleiekontrakt. Dersom du har behov for bistand utover de tre gratis rådgivningstimene har du mulighet til å inngå en egen avtale med advokatfirmaet om videre bistand. Du vil da få en rabattert pris på kroner 1400 eks. mva per time.

Tilbudet omfatter ikke arbeidsrettslige problemstillinger som Psykologforeningens egne advokater bistår med. Advokatfirmaet Nova bistår heller ikke med forsvar i straffesaker, oppdrag som bistandsadvokat, eiendomsmengling eller andre områder som krever særskilt sertifisering.

De tre inkluderte timene kan brukes i løpet av et kalenderår, og resettes 1. januar hvert år.

Timene kan også fordeles på flere saker. Det er ingen begrensning på bruk av rabatterte timepriser utover de tre årlige gratistimene.

SLIK GÅR DU FREM

Ved å fylle ut et enkelt kontaktskjema (som krever Vipps-verifisering), blir du kontaktet av en av Novas advokater eller advokatfullmektiger som har kompetanse innen rettsområdet du ønsker bistand til. Den videre kommunikasjonen vil deretter være mellom deg og advokaten eller advokatfullmektigen.

Etter at du ved Vipps- pålogging har blitt identifisert og ditt foreningsmedlemskap har blitt bekreftet, vil din kontaktinformasjon sendes til Advokatfirmaet Nova sammen med informasjon om hvilken forening du tilhører og hvilket rettsområde du har bedt om bistand innenfor. Du vil så bli kontaktet av advokat, normalt innen to virkedager.

Kontaktskjema for gratis advokat og mer informasjon om ordningen finner du på Akademikerne Pluss <https://akademikernepluss.no/> under «Våre medlemsfordeler» og «Advokat». Her velger du det rettsområdet som passer best til behovet du har, og fyller ut et kontaktskjema. Kontaktinformasjon sendes så over til Advokatfirmaet Nova sammen med informasjon om hvilken forening du er medlem av, og hvilket rettsområde du ønsker bistand innenfor.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST Spesialrådgiver/
advokat Heidi Roald

NESBRU I ASKER. Fint rom ledig

Selvstendig psykolog søkes til vår hyggelige klinikk.
14 terapeuter, hvorav 2 andre psykologer.

www.helsehjornet.no tlf. 913 04 504.

Vi kan tilby annonseplass i nyhetsbrevet

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

Annonseformat

Full bredde:

564 x høyde 120 piksler for kr 7 500

1/2 bredde:

264 x høyde 120 piksler for kr 4 500

For mer informasjon om annonsering,
kontakt oss på e-post

tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

eller telefon 23 10 31 33

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemsside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Kurs i avtalepraksis og takstbruk

Torsdag 7. desember 2023 kl. 10.00–17.00

Kurset gir en innføring i rammeverket for avtalepraksis med grundig gjennomgang av regelverket, takstsystemet, relevante avtaler for psykologspesialister med driftsavtale og konkrete eksempler på takstbruk.

Kurset er primært rettet mot avtalespesialister i oppstarts- eller tidlig fase av avtalepraksis. Mer etablerte avtalespesialister som ønsker en gjennomgang av avtaleverk og takstsystem er også velkomne til å delta.

Riktig takstbruk er viktig for økonomisk inntjening i avtalepraksis, og kan forhindre unødvendige henvendelser og sanksjoner fra myndighetene.

Tid: Torsdag 7. desember kl. 10.00–17.00
Sted: Grand Hotel Oslo
Kursleder: Heidi Roald

Kurset er tilrettelagt for dialog underveis. Vi oppfordrer derfor til fysisk deltakelse. Ved behov vil vi forsøke å legge til rette for at kurset strømmes. Påmelding innen onsdag 9. november til ja@psykologforeningen.no.

Husk å oppgi din fakturaadresse ved påmelding.

Kursavgift: Kr 1 950 inkludert lunsj (digital deltakelse kr 1 650). Kursavgiften er fradragsberettiget i regnskapet for din privatpraksis.



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



Institutt for
psykoterapi

Institutt for Psykoterapi

For psykologar og legar blir det våren 2024 sett i gang:

2-ÅRIG INNFØRINGSSEMINAR I:

OSLO – seminarleiar blir Liv Ørbeck

TRONDHEIM – seminarleiar blir Laila Hjulstad

2-ÅRIG VIDAREGÅANDE SEMINAR I:

OSLO – seminarleiar blir Lilian Stokkeland

TRONDHEIM – seminarleiar blir Eystein Våpenstad

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

- Innføringsseminaret omfattar 196 undervisningstimar over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimar kvar gong og to spesialsseminar / fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimar. Desse blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- Dagseminar føregår på faste vekedagar, 11 pr. år og spesialsseminar 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-trygdefinansiert 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 spesialsseminar/ fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimar som blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- Dagseminar føregår vanlegvis på faste vekedagar, 11 pr. år, og spesialsseminar 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 13 000,- pr. semester.

Søknadsfrist: 31. oktober 2023. 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



Psyk meg opp i ledelse Del 2 – påbyggingskurs for tidligere deltakere!

Norsk psykologforening viderefører tilbudet til psykologer med lederansvar innenfor helseforetakene. Vi inviterer nå til kull 2 med første samling 7. og 8. desember 2023.

Hensikten med seminaret er å styrke nødvendige lederferdigheter for å videreutvikle tjenestetilbudet, mestre endringstrykk og skape resultater i egen organisasjon. Deltakerne sender før seminaret inn en prioritert oppgave for kommende periode som er forankret hos egen leder. Program og grupper tilpasses problematikken som deltakerne tar med seg. Tidligere deltakere har fått tilsendt fylldig beskrivelse, men dersom du ikke har fått – og er i målgruppen, ta kontakt med Tove Mathiesen for å få den tilsendt.

Kurset vil ledes av rådgiver Einar Li, tidligere fagsjef for lederutvikling i Helse Sør-Øst RHF, og seniorrådgiver/psykologspesialist Tove Mathiesen, Akershus universitetssykehus HF. Kursets arbeidsform forutsetter at deltakerne er til stede hele tiden på alle tre samlinger og overnatter på kurshotellet.

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

7. og 8. desember 2023, 14. og 15. mars 2024 og 12. og 13. juni 2024.

Kursavgiften er kr 15 000,- for hele kursrekken. Denne betales på forhånd, men kan deles på budsjettårene '23 og '24 om ønskelig. Deltakere betaler i tillegg reise og opphold. Vi har holdt av rom på hotellet for en natt på hver samling. Mer informasjon kommer til de som får plass på dette kullet.

Ta kontakt med oss for en mer utfyllende kursbeskrivelse eller andre spørsmål: Tove Mathiesen, tlf. 922 50 986, e-post tove.mathiesen@ahus.no og Einar Li, tlf. 916 37 495, li.ledelse@gmail.com

Søknad om deltakelse, som må være anbefalt av overordnet, sendes **snarest og innen 15. november 2023** til Tove Mathiesen på e-post tove.mathiesen@ahus.no



Norsk psykologforening – Fagpolitisk avdeling

Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

Tlf: 23 10 31 30

FAGPOLITISK AVDELING

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2023/2024

SPELPLASSERING:

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

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

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

Fargetillegg kr 12 per sp.mm.

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

SMÅANNONSER:

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

NETTANNONSER:

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

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

Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir også publisert, som en medlemservice, på www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
11	18.10	01.11
12	17.11	01.12
1	14.12	02.01
2	18.01	01.02
3	16.02	01.03

ANNONSEFORMATER

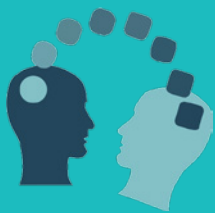
1/1 side	1/2 side	1/4 side
Stående	Liggende	Stående
170x234	82,5x234	170x115
		82,5x115

PRISER: STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER

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

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

For bestilling eller mer informasjon kontakt oss på e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33.



Institutt for Mentalisering (IM)

Kursprogram høst 2023 - vår 2024

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

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

25-27 januar 2024, Holbergs terrasse kurs- og konferansesenter

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

Oppstart januar/februar 2024, Holbergs terrasse kurs- og konferansesenter.

Videobasert kurs i Mentaliseringsbasert miljøterapi (MBT-M). Utdannelsen består av videobaserte forelesninger og rollespill over fire moduler. Femte modul er et oppsummerende online digitalt møte med alle deltakerne. Utdannelsen gir solide refleksjoner om miljøterapiens mange utfordringer, inkludert en rekke forskjellige kliniske og diagnostiske utfordringer, ansattes personlige profesjonelle kompetanse – og ikke minst mentaliseringsbasert helseledelse. Relevant for alle som arbeider i miljøterapeutiske rammer.

Avholdes digitalt i perioden januar til mai 2024.

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

8-9 februar, 23-24 mai, 29-30 august og 14-15 november 2024, Holbergs terrasse kurs- og konferansesenter. I tillegg avholdes to online seminarer i april og oktober.

Dagskurs om Mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppe med ungdommer. Dette dagskurset gir en innføring i mentaliseringsbegrepet og mentaliserings betydningen for ungdommers psykiske helse. Deltakerne får kunnskap om hvordan en psykoedukativ gruppe/kurs i mentalisering kan legges opp, og passer for psykologer, leger og andre som arbeider med ungdommer i BUP.

20. oktober 2023, Villa SULT, Institutt for spiseforstyrrelser



Psyk meg opp i ledelse!

Norsk psykologforening viderefører tilbudet til psykologer med lederansvar innenfor helseforetakene. Vi inviterer nå til **kull 20** med første samling 10. og 11. januar 2024.

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

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

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

10. og 11. januar 2024

6. og 7. mars 2024

25. og 26. april 2024

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

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

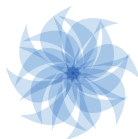
Kurset er arbeidsintensivt og gir anledning til å trene på å gjennomføre konkrete tiltak i deltakernes egen lederhverdag. Dette blir av deltakerne på tidligere kull fremhevet som en av de store styrkene ved seminaret, som har fått meget gode tilbakemeldinger.

Spørsmål om kurset kan rettes til:

Tove Mathiesen, tlf. 922 50 986, e-post tove.mathiesen@ahus.no

Einar Li, tlf. 916 37 495, e-post li.ledelse@gmail.com

Søknad om deltakelse, som må være anbefalt av overordnet, **sendes innen 15. november 2023** til Tove Mathiesen på e-post tove.mathiesen@ahus.no



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

Helse Sør-Øst RHF



Ledige avtalehjemler i psykologi

Helse Sør-Øst RHF har avtale med ca 950 legespesialister og psykologspesialister gjennom avtalespesialistordningen. Avtalespesialistene skal bidra til å oppfylle sørge for-ansvaret til Helse Sør-Øst RHF.

Fullstendige stillingsannonser og elektroniske søknadsskjemaer finner du på hjemmesiden: helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger



PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

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

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



Stiftelsen
RIISBY
BEHANDLINGSSENTER

Riisby søker psykologspesialist/psykolog i 100 % fast stilling

Riisby Behandlingssenter er en behandlingsinstitusjon for rusmiddelavhengige (TSB). Institusjonen har til sammen 50 behandlingsplasser. Vi tilbyr integrert behandling for voksne innlagt for rusavhengighet og psykiske vansker. Vi har god kompetanse på utredning og behandling. Riisby Behandlingssenter er en spennende arbeidsplass. Vi har som mål om stadig å utvikle oss for å gi best mulig hjelp til våre pasienter og det oppdrag vi har fått. Vi legger vekt på individuell tilrettelagt behandling, med hele mennesket i fokus. Kognitiv terapi, emosjonsfokusert terapi og traumebehandling er for oss viktige satsningsområder. Vi søker etter deg som er faglig engasjert, som liker å jobbe strukturert med pasientens bedringsprosess for øyet, og ønsker å være med å påvirke institusjonens utviklingsprosess. Vi er opptatt av at du som psykolog skal trives og utvikle deg sammen med oss.

Personlige egenskaper: Evnen til å jobbe strukturert, systematisk og planmessig, du må være nysgjerrig og like å jobbe tverrfaglig, ha gode samarbeidsevner, at du ser muligheter og ikke begrensninger, og er en positiv bidragsyter i arbeidsmiljøet.

Vi tilbyr: En spennende jobb innen et fagfelt i stadig endring, et svært godt arbeidsmiljø, varierte arbeidsoppgaver, stor påvirkningskraft på egen arbeidshverdag og fleksibilitet, faglig og personlig utvikling, mulighet for videreutdanning, lønns- og arbeidsvilkår etter avtale, pensjonsordning i KLP.

For mer informasjon kontakt Riisby på tlf. 61 11 28 00. Se fullstendig utlysning på www.riisby.no

Søknad med CV og nødvendig dokumentasjon sendes på e-post post@riisby.no innen **22.10.2023**.

**NORSK
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President**

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

Visepresidenter

Hanne Indregard Lind
948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Arnhild Lauveng
913 17 162
arnhild@
psykologforeningen.no

Medlemmer

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

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

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

Bjarte Bønes Bruntveit
909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

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

Lars Ravn Øhlckers
908 81 250
larsravnohlckers@gmail.com

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

Emma Røisland Torsvik
studentrepresentant
979 62 540
emmartorsvik@gmail.com

Varamedlemmer

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

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

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

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

**Runar Selaas (1. vara
studentrepresentant)**
472 66 616
runarselaas@hotmail.com

**Frida Tveiten Gundersen
(2. vara student-
representant)**
454 29 809
frida.tveiten@hotmail.com

LOKALAVDELINGER**Akershus**

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

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

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

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

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

Møre og Romsdal

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

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

Oppland
Eline Sørensen
eline.sorensen@hotmail.com
902 96 361

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

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

Sogn og Fjordane
Solbjørg Torheim Hanitz
solbjorg_89@hotmail.com
902 95 676

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

Telemark
Birgitte Lindø
libi@siv.no
473 83 123

Vest-Agder
Øyvind Buli Føreland
vestagder@
psykologforeningen.no
948 84 351

Vestfold
Paul André Myhrer
amyhrer@gmail.com
990 41 900

Troms
Ida Atalie Falch
Ida.atalie@gmail.com

Østfold
Fredrik Henanger Blom
fblom@hotmail.com
975 61 945

FAGETISK RÅD

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

**ANKEUTVALG
FOR FAGETISKE
KLAGESAKER**

Mariann Stadler, leder,
mariannstadler@gmail.com,
tlf. 918 03 110

**LØNNS- OG
ARBEIDSLIVS-
UTVALGET**

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

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS**

Hanne Indregard Lind,
leder,
h.indregard@hotmail.com
tlf. 948 05 153

SPECIALITETSRADET

Arnhild Lauveng, leder,
arnhild@
psykologforeningen.no
tlf. 913 17 162

**FAG- OG
PROFESJONSRADET**

Arnhild Lauveng, leder,
arnhild@
psykologforeningen.no
tlf. 913 17 162

FAGUTVALGENE

Felleselementene
Johan Siqveland,
 johan.siqveland@gmail.com,
 tlf. 922 90 143

Barne- og ungdomspsykologi
Kjersti Hamre Lotsberg,
 k_hamre@hotmail.com,
 tlf. 416 57 694

Familiepsykologi
Trine Eikrem, leder, trine.eikrem@bufetat.no,
 tlf. 466 16 566

Rus- og avhengighetspsykologi
Eva Karin Løvaas, leder,
 evakarinloevaas@gmail.com,
 tlf. 916 64 076

Eldrepsykologi
Cecilie Gaustad, leder,
 ceciliegaustad@gmail.com,
 tlf. 975 48 563

Psykoterapi
Ingunn Aanderaa Opsahl,
 leder, ingunnaanderaa@
 hotmail.com, tlf. 971 50 507

Voksenpsykologi
Ivar Elvik, leder, ivarelvik@
 gmail.com, tlf. 454 74 400

Nevropsykologi
Rune Raudeberg, leder,
 rune.raudeberg@gmail.com,
 tlf. 952 47 487

Habiliteringspsykologi
Tonje Elgsås,
 tonjeped@gmail.com,
 tlf. 922 33 224

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

Samfunn- og allmennpsykologi
Kjersti Hildonen, leder,
 khi@lorenskog.kommune.no,
 tlf. 907 85 288

Organisasjonspsykologi
Rudi Myrvang, leder,
 rudi.myrvang@gmail.com,
 tlf. 906 03 355

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

**GODKJENNINGS-
UTVALGET**
Ole André Solbakken, leder,
 o.a.solbakken@psykologi.
 uio.no
 tlf. 913 75 496

**ANKEUTVALGET FOR
SPESIALISTSAKER**
Kim Larsen, leder,
 kim.larsen@so-hf.no,
 tlf. 69 32 62 24

**FAGUTVALG FOR
RETTSPSYKOLOGI OG
SAKKYNDIGHET**
Annika Melinder, leder,
 a.m.d.melinder@psykologi.
 uio.no, tlf. 930 80 618

**STUDENTPOLITISK
UTVALG**
Emma Røisland Torsvik,
 leder, emmartorsvik@
 gmail.com, tlf. 979 62 540

KLIMAUTVALGET
Tuva Bræin,
 tuvabraein@gmail.com,
 tlf. 458 52 172

**FORSKNINGSPOLITISK
UTVALG**
Klara Øverland, leder,
 klara.overland@uis.no,
 tlf. 406 08 818

**MENNESKERETTIG-
HETSUTVALGET**
Reidar Hjermann,
 leder, rh@hjermann.no,
 tlf. 994 47 291

TESTPOLITISK UTVALG
Rudi Myrvang, leder, rudi.
 myrvang@gmail.com,
 tlf. 906 03 355

**YNGRE PSYKOLOGERS
UTVALG**
Helén Ingrid Andreassen,
 ypu@psykologforeningen.no

**VALGKOMITEEN
I NORSK
PSYKOLOGFORENING**
Arne Holen, leder, arnenpf@
 nevropsykologholen.no,
 tlf. 922 30 383

SEKRETARIATET
 Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Kristina Høyer,
 kommunikasjonssjef,
 kristina@
 psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling
Linda T. Grønås,
 administrasjonssjef,
 linda@psykologforeningen.
 no

Jus og arbeidslivsavdeling
Christian Zimmermann,
 forhandlingsjef,
 forhandlingsavdelingen@
 psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling
Kim Edgar Karlsen, fagsjef,
 kim@psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling
Bjørnhild Stokvik,
 utdanningssjef, bjornhild@
 psykologforeningen.no
 Kontakt kurs@
 psykologforeningen.no

**NORSK
PSYKOLOGFORENING**
 Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
 Besøksadresse: Kirkegata 2
 Tlf. 23 10 31 30
 post@psykologforeningen.no

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

Navneliste portretter på forsiden

Avbildet øverst f.v. (**rad 1**) Bjørn Christiansen, Anna Louise von der Lippe, Anders Zachrisson, Anne Inger Helmen Borge, Andreas Høstmælingen, Anne Kari Torgalsbøen, Arne Repål, Anne-Kristin Imenes, Asle Hoffart, Annika Melinder, Atle Dyregrov (**rad 2**) Ellen Hartmann, Bjørn Killingmo, Beate Ørbeck, Borrik Schjødt, Bente Storm Haugland, Børge Holden, Bjørn Helge Johnsen, Carl Erik Grenness, Eline Rognlie, Erik Stänicke, Elisabeth Backe-Hansen (**rad 3**) Arne Holte, Catharina Elisabeth Wang, Dag V. Skjelstad, Elizabeth Schanche, Espen Walderhaug, Emine Kale, Filip Myhre, Elsa Almås, Roar Fosse, Eva Axelsen, Michael H. Rønnestad (**rad 4**) Åsa Grude Skard, Frid Hansen, Ståle Einarsen, Haldis Hjort, Gunnar Sørbotten, Hanne Haavind, Haldor Øvreeide, Hanne Weie Oddli, Hallgrim Kløve, Hanne Strømme (**rad 5**) Dag Øystein Nordanger, Iris Steine, Halvor Kjølstad, Hilde Eileen Nafstad, Hans Nordahl, June Lystad, Harrald Bækkelund, Ingunn Skre, Jon Trygve Monsen, Ingvild Stjernen Tisløv, Helge Holgersen (**rad 6**) Sissel Reichelt, Henrik Berg, Helene Amundsen Nissen-Lie, Siri Gullestad, Helen Ingrid Andreassen, Frode Thuen, Kaja Asbjørnsen Betin, Jan Skjerve, Anbjørg Ohnstad, Jarle Eid, Linda Sandbæk (**rad 7**) Halvor Kjølstad, Line Stänicke, Jarle Eknes, Linn Heidi Lunde, Kari Lossius, Elisabeth Backe-Hansen, Jens Thimm, Marianne Berg Halvorsen, Joar Øveraas Halvorsen, Malin Fors, Tor-Johan Ekeland (**rad 8**) Inger Hilde Nordhus, Jon Fiske, Marit Råbu, Håkon E. Coucheron Fredhammer, Merete Glenne Øie, Jon Vøllestad, Nora Sveeass, Karl Gunnar Gøtestam, Finn Skårderud, Karl Haldor Teigen, Roger Hagen (**rad 9**) Jens Egeland, Runa Kongsvik, Karsten Hytten, Rune Flaaten Bjørk, Henrik Nordahl, Kenneth Haugdahl, Kjetil Sundet, Sigmund Karterud, Knut Dalen, Simon-Peter Neumer, Kristoffer Høiland (**rad 10**) Fanny Duckert, Kim Larsen, Sidsel Fjelltun, Magne Raundalen, Siv Hilde Berg, Morten Skjørshammer, Geir Høstmark Nielsen, Nikolai Kunøe, Ståle Pallesen, Sverre Hoem (**rad 11**) Olav Nytingnes, Svein Øverland, Nils Inge Landrø, Svenn Torgersen, Odd Arne Tjersland, Nils Eide-Midtsand, Odd Havik, Uzman Chaudry, Odd Runar Gulbrandsen, Tine K. Jensen, Ole Jakob Madsen (**rad 12**) Wencke Seltzer, Ole Magnus Vik, Turid Vogt Grinde, Patrick Vogel, Tine Nordgreen, Peder Kjøs, Wenke Gulbrandsen, Per Are Løkke, John Kjøbli, Per-Einar Binder, Torkil Berge (**rad 13**) Richard Knoff, Willy-Tore Mørch, Per-Magnus Moe Thompson, Rolf Mikkel Blaker, Pål Grøndahl, Torleiv Odland, Sverre Urnes Johnson, Truls Ryum, Reidar Ommundsen, Tomas Formo Langkaas, Wenche Håland

For informasjon om bildeopphav/-rettigheter, skann QR-kode:



TAKK