

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

# PSYKOL OGI

Vol. 61 nr. 08 2024

## Digital gruppe- veiledning

Vitenskapelig artikkel  
Kindle-Skau et al.

## EFT-FOKUSERT FORELDRE- VEILEDNING

Fra praksis  
Aina Dyb Bjerke

## Hva skal kommunen tilby?

Meninger  
Christian Sverdrup

## Fra skam til stolthet

Nye stemmer  
Anders Løkkeberg



# 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

**Sjefredaktør** Katharine Cecilia Williams [Katharine@psykologtidsskriftet.no](mailto:Katharine@psykologtidsskriftet.no)

**Utgiver** Norsk psykologforening, generalsekretær Ole Tunold

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

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

**Annonser** [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)

**Frist for bestilling av annonser** 16.08, 17.09, 18.10

Denne utgaven ble godkjent til trykk 24.07.2024

**Omslagsillustrasjon** Mari Kanstad **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](http://www.psykologtidsskriftet.no)

### Redaksjonen

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

**Journalist** Matt 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 Stänicke, Jens Thimm og Espen Walderhaug

### © Tidsskrift for Norsk psykologforening

Alt innhold på [www.psykologtidsskriftet.no](http://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.

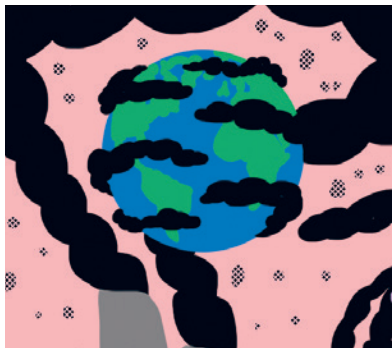


ILLUSTRASJON: HILDE THOMSEN



- Hvordan har aggresjon fått så stor plass i de unges seksualitet, og hva kan vi gjøre med dette?, spør Zemir Popovac. Kronikk. Side 538

ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK



«Økoangst» og fremtidsfrykt preger unge pasienter. Håpet og realismen må kombineres, mener Paul Leer-Salvesen. Etikkpanelet. Side 532

FOTO: NTB SCANPIX



En nyttig og dyptpløyende gjennomgang av de mørke personlighetstrekkene, skriver anmelder Rudi Myrvang. Bokanmeldelse. Side 552

## Innhold

- 502 Spiseforstyrrelser og terapeutisk allianse**  
Fagessay | Landmark et al.
- 508 Viktige arbeidsvilkår for intensivt ungdomsteam**  
Fra praksis | Nærdal et al.
- 514 Emosjonsfokusert foreldreveiledning i barnevernet**  
Fra praksis | Aina Dyb Bjerke
- 521 Digital gruppeveiledning - en intervjuundersøkelse**  
Vitenskapelig artikkel | Kindle-Skau et al.
- 532 Håpets etikk**  
Etikkpanelet | Paul Leer-Salvesen
- 535 MENINGER**  
Debatt: Hva skal egentlig kommunen tilby? (s. 535)  
Kronikk: Brutalisering av seksualitet (s. 538)  
Debatt: Helseregionenes utdaterte og uriktige syn på kjønns mangfold (s. 542)  
Nei til ekstrem boikott (s. 544)  
En arrogant anklage om terror-støtte (s. 547)
- 549 Fra skam til stolthet: en skeiv psykologs beretning**  
Nye stemmer | Anders Løkkeberg
- 552 INNTRYKK**  
Anmeldelser: Medaljens bakside (s. 552)
- 558 Annonser**
- 563 Stillingsannonser**

# Spiseforstyrrelser og terapeutisk allianse

Behandler må kontinuerlig ha oppmerksomhet på alliansen gjennom behandlingen.

**TEKST** Anders Flækøy Landmark, Ingvild Veseth Osnes og Joakim Thiesen. Alle er tilknyttet Spesialpoliklinikken for spiseforstyrrelser ved OUS

**KONTAKT** anders.landmark@gmail.com

**MERKNAD**  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

I behandlingen av alvorlige spiseforstyrrelser kan det være utfordrende å få til en endringsprosess som oppleves meningsfull og trygg for pasienten. I denne sammenhengen vil vi løfte frem betydningen av terapeutisk allianse-modellen. Essayet er basert på vår kliniske erfaring fra Spesialpoliklinikken for spiseforstyrrelser ved Oslo universitetssykehus. Pasientene som henvises til oss har hatt et eller flere tidligere behandlingsforløp. Svært mange har komorbide tilstander, som angst, depresjon, posttraumatisk stresslidelse og personlighetsforstyrrelser.

Mange av våre pasienter har håp om endring samtidig som de frykter de mulige konsekvensene. De kan være redd endringer innebærer gjenopplevelse av traumer, at de mister seg selv, får en kropp det ikke går an å leve i, ikke blir likt, og blir enda mer ensom. Derfor er det sentralt å skape en trygg ramme for arbeidet. Pasienten må få tillit til at endringer kan føre til noe godt. Hva som oppleves som et samarbeid, og hva som bidrar til å skape og vedlikeholde trygghet og tillit, kan variere. Hjelpen som gis, må være justert og tilpasset den enkelte pasient. Samtidig må den være innenfor rammene av poliklinikken.

I dette fageessayet vil vi først presentere forskning på forholdet mellom terapeutisk

allianse (heretter kalt «allianse») og spiseforstyrrelser. Vi vil også presentere forskning på hva som typisk bidrar til å fremme og hemme alliansen i behandlingen av spiseforstyrrelser. Videre vil vi fremheve hvilken betydning «rupture and repair»-modellen kan ha. Til slutt vil vi beskrive fordelene ved å ha det tverrfaglige teamet som behandlingsramme.

## ALLIANSE OG SPISEFORSTYRRELSER

Allianse ble første gang beskrevet av Sigmund Freud (Muran & Barber, 2010). Innen den psykodynamiske tradisjonen vektlegges betydningen av å få til et samarbeid med pasienten, og hvor komplisert det kan være å befinne seg i en endringsprosess. Pasientene kan både ønske endring og noe nytt, og samtidig ha et sterkt behov for stabilitet, kontroll og forutsigbarhet. Det er derfor sentralt å lage et samarbeid der pasienten opplever seg trygg nok til å åpne for noe nytt og dermed tillate endring. Å jobbe med faktorene som bidrar til å skape og å opprettholde håp og frykt knyttet til endring, blir viktig.

I dag står alliansebegrepet sentralt i terapiforskningen. Bordins (1979) transdiagnostiske modell er mye brukt. I modellen består allianse av tre ulike elementer: enighet om fokus og mål for behandlingen, hvordan pasient og behandler skal komme frem til



ILLUSTRASJON: SHUTTERSTOCK / NTB SCANPIX

målet, og det affektive båndet mellom pasient og behandler. Sammenhengen mellom god allianse og terapiutfall har vist seg å være svært robust ved en rekke diagnosegrupper, inkludert spiseforstyrrelser (Graves et al., 2017; Sibeoni et al., 2020). Det å etablere allianse med pasienter med langvarige og kompliserte spiseforstyrrelser er vanskelig, men sentralt for å skape endring (Stiles-Shields et al., 2016; Zaitsoff et al., 2014). Når alliansen er dårlig, kan symptomene heller forverres (Vrabel et al., 2015).

I behandlingsforløp med pasienter med spiseforstyrrelser kan det oppstå utfordringer med alliansen, som uenigheter og misforståelser rundt mål og tiltak. Underveis i et forløp må alliansen kontinuerlig forhandles om. Hva som gir mening for den enkelte pasient, er blant annet knyttet til opplevelse av håp og tillit. Hvor ønskede (egosyntone) eller uønskede (egodystone) symptomene er har og betydning. Dersom de oppleves som egosyntone, vil et symptomorientert endringsprosjekt sjelden gi mening for pasienten. For å få til et samarbeid er det viktig at behandler er kreativ. Behandler må kunne tenke nytt sammen med pasienten og å komme frem til mål og tiltak som gir mening. Videre må behandler balansere det å skape tillit og samtidig ta vare på arbeidet med symptomene.

Det å finne en farbar vei til endring innebærer gjerne en form for *pragmatisme*. Behandleren må blant annet bestrebe seg på en tilnærming som gir mening i konteksten pasienten befinner seg i. Det vil si å formulere en forståelse av pasientens vansker, og bruke en behandlingsform, som gir mening for pasienten og hans omgivelser. Å involvere pasienten og de pårørende på denne måten, er uttrykk for respekt for pasientens autonomi og rett til brukermedvirkning..

#### HEMMEDE OG FREMMENDE

Allianse er anerkjent som en viktig forutsetning for engasjement, tilfredshet og utfall i behandling. Men vi har mindre kjennskap til hvilke faktorer som bidrar til en sterk allianse spesifikt hos pasienter med spiseforstyrrelser. Overordnet kan det se ut som om allianse har betydning for ungdommer uavhengig av hvilken spiseforstyrrelsesdiagnose det er snakk om (Werz et al., 2022). For voksne er alliansen spesielt viktig i behandling av anorexia nervosa (AN) (Werz et al., 2022).

Sibeoni et al. (2020) undersøkte hvilke faktorer som kan fremme og hemme utvikling av god allianse hos ungdommer med AN. Funnene indikerer fire faktorer: 1. menneskelige egenskaper og relasjonelle ferdigheter hos »

behandler (fremstå troverdig og gi pasienten en opplevelse av å bli lyttet til og forstått), 2. aktiv involvering i egen behandling, 3. inkludering av familien (reduerte spenninger i ungdom–forelder-forholdet økte foreldrenes allianse i behandlingen), 4. mulighet for god nok tid i behandling. Videre fant studien fire hemmende faktorer: 1. opplevelse av at behandler var for påtrengende eller for distansert, 2. behandling hovedsakelig fokusert på vekt-oppgang, 3. begrenset mulighet for å påvirke behandlingen, 4. opplevelse av at behandlere ikke forsto spiseforstyrrelser, som ved å redusere lidelsen til en liste med symptomer.

Terapeutkarakteristikker kan også påvirke hvor fornøyde pasienter med spiseforstyrrelse er med behandlingen. I en studie av voksne med AN fant Gulliuksen. et al. (2012) fire slike karakteristikker: 1. godkjennelse (generøs, respektfull, tålmodig, uten fordommer, i stand til å fange opp pasientens følelser og meninger), 2. vitalitet (aktiv interesse, humor, fravær av passivitet), 3. ekspertise (kunnskap om spiseforstyrrelser) og 4. utfordrende (fokus på pasientens ressurser og styrker, vise støtte i vanskelige situasjoner uten at den oppleves for dullende). Oyer et al. (2015) fant at at andre faktorer som fremmer alliansen er behandlerens evne til å individualisere terapien, at pasienten opplever behandlerens kontor som et varmt og trygt sted å være, og at behandleren er bevisst egne reaksjoner og villige til å søke veiledning. De fant også at *hemmende* faktorer er terapeutens manglende inntoning til pasientens følelser og behov, og overopptatthet av de fysiske og somatiske aspektene ved spiseforstyrrelsen på bekostning av de underliggende temaene.

Pasientkarakteristikker kan også påvirke alliansen. Noen funn tyder på at alliansen er svakere med pasienter som har vært dårlige lenge (de la Rie et al., 2008). Det er mulig en historie med mange tidligere behandlingsforløp, som denne gruppen gjerne har, kan vanskeliggjøre en ny allianse. Hos pasienter med AN kan tro på bedring og positive forventninger til behandlingen gi bedre allianse og behandlingsutfall (de la Rie et al., 2008). Studier som har inkludert pasienter med bulimia nervosa (BN), har lignende funn (Constantino et al., 2005). Forskningen underbygger viktigheten av å engasjere pasienten tidlig og forsterke pasientens håp om og forventning om at behandlingen vil ha effekt.

Accurso et al. (2015) fant at alliansen var bedre for BN-pasienter med færre komorbide symptomer på depresjon, angst og følelsesdysregulering. Videre hadde pasienter med en sterkere allianse større reduksjon i bulimisk atferd, som igjen førte til bedre allianse. Andre har også funnet at symptombedring påvirker utvikling av alliansen, eller at sammenhengen er toveis (Brown et al., 2013). Det er mulig pasienter som opplever symptomendring, anser behandleren som mer troverdig og hjelpsom. Dette underbygger viktigheten av både å fokusere på pasient–behandler-forholdet og på tidlig symptomendring.

### PASIENTENS INDRE OPPLEVELSER

Vår erfaring er at tillit og trygghet bidrar til å farge pasientens opplevelse av, og evne til, å være i en endringsprosess. Dette må vi som behandlere ta høyde for.

Mennesker har et grunnleggende behov for trygghet og kontakt, aksept og anerkjennelse, og opplevelse av fellesskap og tilhørighet. For mange har spiseforstyrrelsen blitt en strategi for å håndtere slike eksistensielle behov og utfordringer. Rigide rutiner og regler kan springe ut fra vansker med å være i relasjon. Symptomer som restriktiv spising, overspising og oppkast kan være uttrykk for manglende evne til å gripe hva en føler og tenker, og mistillit til at det å formidle seg gjennom ord vil kunne forstås av andre. Symptomene kan også være en måte å unngå eller dempe sitt eget følelsesliv på. Å kople seg av det kroppen representerer av behov, minner, begjær, selvforakt og traumer. Pasienter med spiseforstyrrelser har ofte et lavt selvbilde og mye skyld og skam. De kan ha en trang til å dekke til og kamuflere seg i frykt for å bli latterliggjort og forkastet. Både det å følge og *ikke* å følge kostplanen kan gi skyldfølelse og frykt for avvisning. Å gi slipp på rutiner og strategier skaper ofte sterk frykt for en psykologisk katastrofe. Slike opplevelser og forventninger fører med seg mye utrygghet og kan gi en overbevisning om at det er livsnødvendig å holde på spiseforstyrrelsen.

Tenkningen mange med spiseforstyrrelser har om seg selv, andre og fremtiden, kjenne-tegnes ofte av «psykisk ekvivalens» (Fonagy et al., 2002; Skårderud et al., 2020). Begrepet refererer til vår tilbøyelighet til å forholde oss til egne tanker og forestillinger som objektivt sanne. I psykisk ekvivalens er det vanskelig å

skape rom for følelser og refleksjon. Det er vanskelig å skifte fra en følelsesmessig tilstand til en annen, fra en aktivitet til en annen, og fra en tanke til en annen. Personen låser seg i sitt eget perspektiv, blir mindre fleksibel, mer bombastisk og kategorisk i sin forståelse. Det blir vanskeligere å tilpasse seg og løse problemer.

Ifølge alliansemodellen er pasientens erfaring av å være i et samarbeid og medvirke i egen endringsprosess en viktig forutsetning for nettopp endring. Slike erfaringer kan ha korrigerende kvaliteter. For eksempel kan pasienten få en ny intersubjektiv erfaring ved at noe genuint pasienten formidler om seg selv, blir forstått og tatt imot av behandler på en bekreftende, ikke-dømmende måte. Men det å *ikke* få medvirke i sin egen endringsprosess kan bekrefte en forventning om at andre ikke forstår og ikke tar hensyn. Det kan heller bidra til å opprettholde utrygghet og mistillit.

Vi som behandlere møter svært ulike pasienter. De lever i en spesifikk livskontekst og har sine historier og forutsetninger for å gå inn i en endringsprosess. Vi kan ikke utelukkende forholde oss til generelle lover eller manualer. Spørsmålet om hvordan vi som behandlere arbeider med trygghet og tillit for å bidra til endring, er komplisert. Men et sted å lete etter svar er å undersøke hva pasientene *selv* erfarer som hjelpsomt. Et annet sted å lete er i litteraturen på fellesfaktorene i psykoterapi, som vektlegger empatisk forståelse og håp. Behandler må ha evne til å tone seg inn og respondere på pasientens verbale og nonverbale signaler på en hensiktsmessig måte. En praktisk klokke-skap må til.

### ARBEID MED BRUDD OG REPARASJON

Samarbeid går aldri helt sømløst. Det vil oppstå misforståelser, uenigheter og andre typer brudd i alliansen. For å bevare trygghet og tillit er det viktig å vise pasienten at slike alliansebrudd ikke er det samme som en ødelagt relasjon. De kan repareres, og fellesskapet kan reetableres. «Rupture» (forstyrrelser) kan defineres som når samarbeidet om behandlingsmål, tiltak og båndet mellom pasient og behandler forstyrres eller bryter sammen. «Repair» (reparasjon) kan forstås som når forstyrrelsen blir reparert eller samarbeidet reetablert (Safran et al., 2011). Reparasjon er altså en relasjonell prosess der alliansen (på mikronivå) gjenoppstår, hvilket er avgjørende for et positivt utfall

ved behandling (Eubanks et al., 2018). Vi kan se for oss at forstyrrelser bidrar til økt frykt i pasienten overfor endringsprosessen. Reparasjon vil på sin side styrke håpet.

Ifølge Nof et al. (2019) kan forstyrrelser i alliansen komme til uttrykk på tre ulike måter hos pasienter: 1. Konfrontering. Pasienten uttrykker åpent sinne og kritikk mot behandler, for eksempel dersom pasienten føler seg tvunget til å veie seg. 2. Stillhet og tilbaketrekning. For eksempel kan en pasient som får et urovekkende svar på bentedthetsmålingen, bli svært redd for fremtiden sin og være stille resten av timen. 3. Pseudorelatering. Pasienten later som om forstyrrelsen har skjedd. Et eksempel er en pasient som sier at det går bra å følge kostplanen, men ingenting om sin redsel og planen om å slutte med den. Pseudorelatering er ofte vanskelig å identifisere. Den kan gjenkjennes i behandlerens motoverføring som en kvalitativ endring i kontakt og stemning.

Med reparasjon kan alliansebrudd åpne for noe positivt i en behandling. Arbeidet med brudd og reparasjon kan gi pasienten nye relasjonelle erfaringer. Målet er altså ikke å *unngå* misforståelser eller brudd. Disse vil oppstå i enhver sosial samhandling, også i terapi. Men de må identifiseres og arbeides med. Reparasjonen forutsetter at behandler klarer å identifisere og anerkjenne pasientens virkelighetsforståelse og får til å skape og formidle mening ut av det som skjedde (Nof et al., 2019; Safran et al., 2011).

En vanlig utfordring i møte med pasienter med spiseforstyrrelse er uenighet om mål og tiltak. Som behandlere kan vi fort havne i en posisjon der vi forsøker å overtale pasienten til å bli enig i våre mål og tiltak. Dette fører ofte til at pasienten ikke opplever seg anerkjent og forstått. Alliansen forstyrres. Her ønsker vi å trekke inn Jessica Benjamin (2004). Hun hevder gode samspill kjennetegnes av en opplevelse av anerkjennelse av egen subjektivitet (Veseth & Moltu, 2008). I et slikt samspill får behandler til å romme og anerkjenne det pasienten opplever som viktig. Samtidig får pasienten til å forholde seg til behandlerens tanker om mål og hvordan komme seg dit. Vi som behandlere må systematisk arbeide med å oppnå slike samspill. Her kan anvisninger fra «rupture and repair»-modellen hjelpe oss.

I følge Benjamin (2004) er motsatsen et *enveis*-samspill. Den ene (behandler) gjør noe, »



Underveis i et forløp må alliansen kontinuerlig forhandles om



En fordel med det tverrfaglige teamet er at de ulike tiltakene kan påvirke hverandre på en god måte

og den andre (pasienten) blir gjort noe med. Situasjonen er komplementær fordi den gir plass til bare én virkelighetsoppfatning. Pasienten vil derfor ikke oppleve at to subjekter kan møtes i et felles tenkerom. Pasienten tvinges inn mot to valg: underkastelse eller protest. Slike samspill bidrar sjelden til endring.

Et typisk eksempel på et enveis-samspill i behandling av spiseforstyrrelse kan være at behandler setter behandlingsmål til KMI på 20. For noen pasienter gir dette mening, men for de fleste vi møter gjør det ikke det. Problemet oppstår når pasienten ikke stoler på at det presenterte KMI-målet kan bidra til noe godt. Frykten kan være at hen vil få en kropp det ikke går an å leve med, eller bli en person andre vil forakte. Frykten kan komme til uttrykk som vegring og unnvikelse, men også sinne og frustrasjon i timene. Behandler kan oppfatte dette som irrasjonelt og forsøke å overbevise pasienten om å jobbe for behandlerens mål. I henhold til Benjamin er situasjonen komplementær fordi den gir pasienten to muligheter: å akseptere behandlerens virkelighetsoppfatning eller å kjempe imot.

KMI eller vekt tall som behandlingsmål oppleves altså sjelden motiverende for pasienten selv. Vekt vil likevel være et nødvendig fokus i behandlingen av pasienter med undervekt. For pasienten kan det gi mer mening å se normalisering av vekt som *del* av behandlingen og knyttet opp til det pasientene selv er opptatt av. Eksempler kan være fullføring av studier, færre somatiske komplikasjoner og bedre sosiale relasjoner. Utfordringen er å arbeide med reduksjon av undervekt på en måte som fremmer, og ikke hemmer, alliansen. På sitt beste kan ulike perspektiver (behandlers og pasientens) forenes som resultat av en felles utforskning av mål og tiltak.

#### DET TVERRFAGLIGE TEAMET SOM RAMME

Alliansemodellen bidrar etter vår mening til å integrere ulike tiltak og kunnskapsområder. Vi vil fremme betydningen av en *pluralistisk* tilnærming til spiseforstyrrelser. Fagpersoner fra ulike yrkesgrupper har gjerne forskjellige tanker om mål og tiltak, og dette kan vi dra fordeler av. Et eksempel kan være en pasient som får oppfølging både hos klinisk ernæringsfysiolog (KEF) og lege, måltidsrettet terapi og kunstterapeutisk gruppe i kombinasjon med individualterapi. Hvert av disse tiltakene inngår i det overordnede arbeidet, som er pasien-

tens endringsprosess. Pasienten får ulike rom der hen kan arbeide spesifikt med ulike utfordringer. Samtidig skal det være en helhetlig og sammenhengende tenkning rundt behandlingen. Helheten kan sikres gjennom felles møter med de ulike behandlerne og pasienten.

En fordel med en tverrfaglig tilnærming er at de ulike tiltakene kan spille sammen på en god måte. For eksempel, for en pasient ga endringsarbeidet hos KEF mest mening innledningsvis. Det bidro til å bygge trygghet til behandlingen som helhet. For en annen pasient ga psykoterapeutisk arbeid med traumer mer motivasjon til å fortsette med måltidsrettet behandling. En annen fordel er at behandlere med ulike fokus og tilnærminger får tilgang på ulik type informasjon om pasienten. Utveksling av informasjonen kan nyansere og berike bildet av hvilke faktorer som skaper og opprettholder pasientens vansker. Pasientens ressurser vil også komme tydeligere fram. Det tverrfaglige samarbeidet kan derfor føre til tenkning om nye tiltak.

#### AVSLUTNING

Vi har beskrevet allianse som en ramme for endringsarbeid med en selektert gruppe pasienter med spiseforstyrrelser. Med utgangspunkt i Brodins (1979) alliansemodell har vi fremhevet viktigheten av å ta utgangspunkt i pasientens subjektive opplevelse når vi som behandlere drøfter mål og tiltak. Vi har beskrevet noen sentrale faktorer som bidrar til å fremme og hemme allianse i møte med pasienter med spiseforstyrrelser. Videre har vi løftet frem betydningen av en pragmatisk og tverrfaglig tilnærming til pasientens vansker.

I et terapiforløp bør vi kontinuerlig utforske alliansen og hvilke faktorer som kan bidra til å fremme og hemme alliansen hos den enkelte. Det er lett å havne i fastlåste samspill der behandler tar rollen som den som vet best. Slike samspill kan bidra til en relasjon der pasienten med spiseforstyrrelsen føler at det ikke er rom for egen opplevelse. Da blir pasienten heller ikke trygg nok til å skape endring. Sett i lys av «rupture and repair»-modellen er det ikke mulig å unngå misforståelser og uenigheter. Som behandlere er utfordringen vår heller å identifisere brudd og bruke dem terapeutisk. Slik kan også det som oppleves som ubehagelig og vanskelig for pasienten, bli kilde til korrigerende emosjonelle erfaringer. ✕



## REFERANSER

- Accurso, E.C., Fitzsimmons-Craft, E.E., Ciao, A., Cao, L., Crosby, R.D., Smith, T.L., Klein, M.H., Mitchell, J.E., Crow, S.J., Wonderlich, S.A. & Peterson, C.B. (2015). Therapeutic alliance in a randomized clinical trial for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(3), 637–642. <https://doi.org/10.1037/ccp0000021>
- Benjamin, J. (2004). Beyond Doer and Done to: An Intersubjective View of Thirdness. *Psychoanalytic Quarterly, 73*, 5–46. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2004.tb00151.x>
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, Theory Research and Practice, 16*(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Brown, A., Mountford, V. & Waller, G. (2013). Therapeutic alliance and weight gain during cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa. *Behavior Research and Therapy, 51*(4–5), 216–220. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.01.008>
- Constantino, M.J., Arnow, B.A., Blasey, C. & Agras, W.S. (2005). The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(2), 203–211. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.2.203>
- de la Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M. & van Furth, E. (2008). The quality of treatment of eating disorders: a comparison of the therapists' and the patients' perspective. *International Journal of Eating Disorders, 41*(4), 307–317. <https://doi.org/10.1002/eat.20494>
- Eubanks, C.F., Muran, J.C. & Safran, J.D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy, 55*(4), 508–519. <https://doi.org/10.1037/pst0000185>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Other Press.
- Graves et al. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 50*(4), 323–340. <https://doi.org/10.1002/eat.22672>
- Gulliksen, K.S., Espeset, E.M., Nordbø, R.H., Skårderud, F., Geller, J. & Holte, A. (2012). Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: the patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders, 45*(8), 932–941. <https://doi.org/10.1002/eat.22033>
- Mital, R., Hay, P. & Conti, J.E. (2022). Associations between therapy experiences and perceived helpfulness of treatment for people with eating disorders. *Journal of Eating Disorders, 10*(80). <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00601-1>
- Muran, J.C. & Barber, J.P. (2010). *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice*. Guilford Press.
- Nof, A., Dolev T., Leibovich, L., Harel, J. & Zilcha-Mano, S. (2019). If you believe that breaking is possible, believe also that fixing is possible: a framework for ruptures and repairs in child psychotherapy. *Research in Psychotherapy, 22*(1), 364. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.364>
- Oyer, L., O'Halloran, M.S. & Christoe-Frazier, L. (2015). Understanding the working alliance with clients diagnosed with anorexia nervosa. *Eating Disorders. The Journal of Treatment & Prevention, 24*(2), 121–137. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1034050>
- Safran, J., Muran, J.C. & Eubanks, C.F. (2011). Repairing alliance ruptures. I J.C. Norcross (red.) *Psychotherapy Relationships that work: Evidence-based Responsiveness* (2. utg, 224-238). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.001>
- Sibeoni, J., Verneuil, L., Poulmarc'h, L., Orri, M., Jean, E., Podlipski, M.A., Gérardin, P. & Révah-Lévy, A. (2020). Obstacles and facilitators of therapeutic alliance among adolescents with anorexia nervosa, their parents and their psychiatrists: A qualitative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 25*(1), 16–32. <https://doi.org/10.1177/1359104519882765>
- Skårderud, F., Sommerfeldt, B. & Robinson, P. (2020). *Sult: mentaliseringsbaserte tilnærminger til spiseforstyrrelser* (1. utg.). Gyldendal.
- Stiles-Shields, C., Bamford, B.H., Touyz, S., Le grange, D., Hay, P. & Lucey, H. (2016). Predictors of therapeutic alliance in two treatments for adults with severe and enduring anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders, 4*(13). <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0102-6>
- Veseth, M. & Moltu, C. (2008). Fra det fastlåste til det forløsende – om å skape rom for endring i terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 45*(8) 932–938.
- Vrabel, K.R., Ulvenes, P. & Wampold, B. (2015). Alliance and symptom improvement in inpatient treatment for eating disorder patients: A study of within-patient processes. *International Journal of Eating Disorder, 48*, 1113–1121. <https://doi.org/10.1002/eat.22434>
- Werz, J., Voderholzer, U. & Tuschen-Caffier, B. (2022). Alliance matters: but how much? A systematic review on therapeutic alliance and outcome in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating and Weight Disorders, 27*(4), 1279–1295. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01281-7>
- Zaitsoff, S., Pullmer, R., Cyr, M. & Aime, H. (2014). The Role of the Therapeutic Alliance in Eating Disorder Treatment Outcomes: A Systematic Review. *Eating Disorders. The Journal of Treatment & Prevention, 23*(2), 99–114. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.964623>

# Viktige arbeidsvilkår for intensivt ungdomsteam

Intensivt ungdomsteam kan hjelpe ungdommene som ofte blir kasteballer i systemet.

**TEKST** Taran Buran Nærdal, Andrea Melø, Vibeke Mørck Abusdal og Theo Aske Holskil. Alle er tilknyttet Intensivt ungdomsteam/ BUPA døgn ungdom, Sykehuset i Vestfold HF

**KONTAKT** taran.buran.naerdal@siv.no

**MERKNAD**  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

**F**lere rapporter viser at det ordinære hjelpeapparatet ikke evner å gi god nok hjelp til ungdommer med sammensatte og alvorlige tilstander (Barneombudet, 2020; Hansen et al., 2020; Melby et al., 2020; Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten, 2020). Ungdommene som strever på flere livsområder blir ofte kasteballer i systemet. Dette er ungdommer som bare vil dø, som utøver vold og setter fyr på boligen sin, som plutselig slutter å fungere i hverdagen, eller som ikke oppnår bedring av innleggelse i psykisk helsevern.

Rapportene viser at ungdom med slike utfordringer ofte møter et fragmentert hjelpeapparat. Hjelpen er av variabel kvalitet og utforming, og det er ofte uklare ansvarsforhold, mangel på tverrfaglighet og samarbeid på tvers av instanser. Det gjør det vanskelig for disse ungdommene å få oppfølgingen de trenger. De passer ikke inn i systemet, og systemet greier ikke å passe på dem. Alle blir redde, og ingen vil ha ansvaret når noe går galt.

Vi i intensivt ungdomsteam (IUT) vil ha ungdommene som systemet ellers strever med å

hjelpe. Vi ønsker å forstå dem, og vi ønsker å gi dem funksjonell hjelp. Utredning om FACT («Flexible Assertive Community Treatment») i Norge ga anbefalinger om hvordan tjenestene bedre kan organiseres for denne ungdomsgruppen (Hatling, 2021). IUT i Vestfold er organisert under barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA). Vi som jobber der, har utarbeidet en modell som vi opplever møter mange av disse behovene, og mye av dette ligner på måten et FACT-team jobber på. Her skal vi presentere våre rammer og hva vi trenger for å lykkes. Vi vil også presentere hvilke holdninger og verdier som preger arbeidet vårt.

## PRESENTASJON AV IUT VESTFOLD

### Hvilke saker bistår vi i?

IUT startet opp som et prosjekt ved BUPA Vestfold i 2017. I 2020 ble dette integrert som en del av BUPAs behandlingstilbud i samme seksjon som døgnposten. Vår målgruppe er ungdom mellom 12 og 18 år med brått funksjonsfall eller som utvikler alvorlige symptomer eller smerteuttrykk. Dette er ungdommene med det laveste funksjonsnivået og de største utfordringene. De

eneste eksklusjonskriteriene vi har, er om ungdommen er diagnostisert med spiseforstyrrelser eller har et for høyt funksjonsnivå. BUPA i Vestfold har andre gode behandlingstilbud for disse gruppene.

Mangfoldet i livserfaringer og symptomuttrykk som ungdommene vi møter har, er stort. Noen har uvanlige og skremmende sanseopplevelser. De kan være usikre på hvem de er, eller om egen personlighet i det hele tatt eksisterer. Andre har en svært nedsatt funksjonsevne og trenger oppfølging og tilpasning i barnebolig eller i barnevernsinstitusjoner. I mange tilfeller dreier det seg om unge mennesker som lever med høykonflikt rundt seg og har naturlige og forståelige reaksjoner på dette. Noen skader seg selv. Hverdagen preges av dramatik og krise. Gjentatte innleggelse på somatisk sykehus på grunn av overdoser skaker opp systemet rundt dem. Enkelte utøver vold. Felles for de fleste er at mange mennesker er svært bekymret for dem. Møter mellom ulike instanser preges gjerne av setningen: «Nå må noen gjøre noe!»

IUT er i dag et intensivt, transdiagnostisk og arenaflexibelt team. Vi skal raskt kunne bistå poliklinikken i de alvorligste eller mest ressurskrevende sakene, der poliklinisk behandling ikke er tilstrekkelig og innleggelse ikke vurderes som hensiktsmessig. I tillegg kan vi bistå døgnavdelingen i utskrivelsesprosessen, hvis det er behov for tettere oppfølging i tiden etter utskrivelse. Alle våre ungdommer har en fast behandler i poliklinikk. IUT er kun involvert over en kortere periode. Med andre ord ligger vi i skjæringspunktet mellom poliklinisk behandling og innleggelse.

### Organisering og hva vi tilbyr

IUT ved BUPA Vestfold består i dag av fire behandlere med tverrfaglig sammensetning og med ulik kompetanse og interesseområder. Vi er en barne- og ungdomspsykiater, en psykologspesialist, en barnevernspeagog og en psykolog i spesialisering. Sammen har vi en bred forståelse av traumer, selvskadning, suicidalitet, psykoseproblematikk, skadelig seksuell atferd og andre former for smerteuttrykk ungdom kan vise. Vi gjennomfører vurdering og håndtering av voldsrisiko, psykologisk testing og medisinske vurderinger. Vi har også bred erfaring med ulike behandlingsformer, som dialektisk atferdsterapi, basal eksponeringsterapi, psykoterapi ved psykoser og familie- og systemterapi.

Sammen med døgnpostens behandlere deltar vi også i vaktordning med ansvar for tilsyn på somatisk avdeling og øyeblikkelig hjelp-vurderinger. Dette samarbeidet bidrar til å skape en felles forståelse for hvilke tiltak som er funksjonelle i en krise. Dersom vi vurderer det som hensiktsmessig og teamet har kapasitet, kan vi følge opp ungdommene det gjelder i etterkant av øyeblikkelig-hjelp-vurderinger.

I IUT må vi også ha god kjennskap til delene av lovverket som angår disse ungdommene. For tiden har to av medarbeiderne i teamet vedtakskompetanse og kan forvalte psykisk helsevernlovens tvangsbestemmelser. Dette innebærer at vårt team kan ha ansvar for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. IUT opererer ikke med noen venteliste. Samtidig har vi begrensede ressurser og må derfor prioritere hvilke saker vi går inn i.

Vårt mål er å gjøre en rask vurdering og forventningsavklaring i møte med de som tar kontakt. Vi får først gjerne henvendelser fra poliklinikk eller døgnpost. I noen tilfeller kan det være nok med en telefonsamtale. I andre tilfeller deltar vi i ett enkelt samarbeidsmøte med poliklinikken og det øvrige systemet rundt ungdommen. Dersom vi vurderer at



Møter mellom ulike instanser preges gjerne av setningen: «Nå må noen gjøre noe!»



det er hensiktsmessig å gå tyngre inn i saken, ber vi om en skriftlig henvisning. Deretter avtaler vi et oppstartsmøte med ungdommen, foreldre/omsorgssystem og poliklinisk behandler. I møtet etablerer vi en felles behandlingsplan som tydeliggjør hvem som skal gjøre hva og når, og hvor ansvaret ligger. Gjennom behandlingsforløpet er vi tilgjengelige på telefon for både familiesystemet og samarbeidspartnerne. I hovedsak har vi en tidsramme på fire uker. Allerede i oppstartsmøtet avtaler vi et evalueringspunkt innenfor denne tiden. Det at alle jobber innenfor en tidsfrist, bidrar til et gjensidig forpliktende samarbeid.

Vi har bare ett fast møte i uka på to timer. Her gjennomgår vi administrative og faglige problemstillinger, drøfter saker og tar vare på hverandre.

Store deler av vår arbeidsuke foregår arenafleksibelt over hele Vestfold. Dette kan være hjemme hos ungdommen eller deres omsorgsbasis, på institusjon, på skoler eller i samarbeidsmøter. Vi bruker mye tid på å bli kjent med våre samarbeidspartnerne også utenom konkrete behandlingsforløp. Kjennskap til hverandre og hverandres metodikk og mandat er nødvendig for et godt samarbeid. Hovedarenaen vår for faglige drøftinger både internt og med samarbeidspartnerne er på telefon i bilen. Dette gjør at vi får gjennomført mange møter og mye arbeid på kort tid.

I de mest kompliserte og sammensatte sakene har IUT mulighet til å gi individualterapi og systemisk behandling over tid. Det kan være nyttig i tilfeller der poliklinikken ikke kan tilby den fleksibiliteten, hyppigheten og intensiteten som trengs. Dette gjelder imidlertid kun et lite fåtall av våre saker. Etter vi har satt i gang eller etablert samarbeidslinjer mellom første- og andrelinjetjeneste vil ungdommen og omsorgssystemet som hovedregel følges videre i poliklinikk. I noen tilfeller avsluttes saken i BUPA, og følges videre opp i kommunen.

I vår siste sak gjorde dere en kjempeviktig jobb med å få i gang ulike instanser i kommunen. Det var også viktig at dere kunne gjøre vurderinger knyttet til å redusere bekymringer for psykoseutvikling. Jeg var på nytt møte i saken i dag, og alle instanser jobber nå godt sammen. Så der går ting riktig vei. Jeg er sikker på at dere sørget for en supergod start på saken. (Sitat behandler i poliklinikk)

2021 var et stabilt år i IUT med 3,5 faste ansatte. Vi hadde dette året 73 unike behandlingsforløp. I 75 % av de mer sammensatte forløpene var suicidalitet, selvdestruktiv atferd, voldsrisiko eller psykoseproblematikk hovedårsaker til henvisning. I 70 % av disse sakene var oppfølgingen intensiv, med to til fem treff per uke.

«Det er nettopp det vi trenger på poliklinikken når utfordringene er større enn det vi kan håndtere innenfor våre rammer», sier en behandler i poliklinikk. «En fellesnevner i sakene med dere er at dere har bidratt med viktig arbeid på systemsiden: å få til samarbeid og forankring i førstelinjen.»

## VERDIER OG HOLDNINGER I ARBEIDET

### Samforståelse som hovedverktøy

IUT forstår alltid individet ut fra samspillet med systemet det omgis av, og ikke bare ut fra symptomuttrykk eller sykdomskategorier. Vi kan delta i eller gjennomføre utredning og diagnostiske vurderinger. Selve diagnosen tillegger vi mindre vekt. Hvordan ungdommen uttrykker seg, representerer belastninger i livet og deres kontekst. For oss er dette en grunnleggende holdning. Bak all atferd og smerteuttrykk ligger følelser, som i seg selv ikke er farlige. Følelsene må forstås i lys av konteksten denne ungdommen har vokst opp i og lever i. Ved å utvikle en forståelse av dette sammen med ungdommen selv, foreldre/omsorgssystem, lærere og/eller øvrig nettverk, kan vi lettere finne funksjonelle hjelpetiltak. Disse holdningene gjør at vi kan bidra i alle saker, uavhengig av alvorlighetsgrad og diagnoser. Holdningen til og forståelsen av ungdommers smerteuttrykk ligger til grunn for hele vår behandlingsmodell.

IUT har noen kjerneverdier som gjennomfører arbeidet vårt: Ingen besitter en fasit, og alle har verdifulle bidrag inn i et terapeutisk forståelsesarbeid og endringsprosesser. Dette innebærer blant annet at vi ofte bruker begrepet samforståelse framfor veiledning. Psykisk helsevern vet sjelden bedre enn ungdommene vi skal hjelpe.

Vi setter oss alltid grundig inn i hver enkelt historie og livskontekst, og gjennomfører samtaler med både ungdommen og foreldrene/omsorgssystemet. I samtalerne er vi nysgjerrige på barnets temperament, oppvekstbetingelser, belastninger og ressurser. Hvordan har dette barnet blitt møtt og forstått av sine omgivelser? Vi bruker både tilknytningsteori,

en transaksjonsforståelse av barns utvikling og en systemisk forståelse i utforskningen. I tillegg til disse samtalen innhenter vi nødvendig og tilgjengelig informasjon fra journalsystemer fra psykisk helsevern, barnevern, skole, helsestasjon, psykologisk-pedagogisk tjeneste, kriminalomsorgen og fastlege. Ved behov gjennomfører vi en utvidet kartlegging og vurdering kan gi oss viktig informasjon. Dette kan gjelde evnenivå, funksjonsnivå, symptomnivå eller somatisk helse. Vi kan også utføre ulike risikovurderinger.

Gjennom dette innledende arbeidet kan vi i IUT utarbeide en oversikt over ungdommens oppvekst, opplevelser, belastninger og tilstandsbilde, og i tillegg hvordan systemene og omgivelsene påvirker utviklingen i dag. Oversikten kan igjen danne grunnlag for en felles forståelse av og med ungdommen vi skal hjelpe.

På grunn av vår arenafleksible arbeidsmetodikk kan vi utføre alt nødvendig arbeid i løpet av noen uker. Hvis ungdommen vi prøver å hjelpe, bor på institusjon, deltar vi gjerne på personalmøter, overlappsmøter mellom ulike vaktlag og egne teammøter med primærkontakt og ungdom. På den måten får vi kvalitativt bedre informasjon. Og ikke minst – vi kan møte de menneskene som er mest sammen med ungdommen. Å hjelpe viktige voksne rundt ungdommen med å forstå, se sammenhenger og å se følelsene bak en atferd er sentralt i en samforståelsesprosess. Samforståelsen er med på å informere videre omsorgsarbeid, miljøterapi og planer som skal sikre at ungdommen får mer bærekraftig hjelp enn stadige akutte intervensjoner og brannslukking.

«Nå tenker jeg annerledes rundt dette med diagnoser. Det dere formidler, gir veldig god mening for oss. At dere har vært så tilgjengelige og engasjerte, har smittet over på oss og vårt engasjement for ungdommen», sier en primærkontakt ved en institusjon.

### Å tåle sterke uttrykk

I IUT fokuserer vi på å styrke ungdommens selvforståelse, ressursmobilisering og opplevelse av å bli følelsesmessig validert i form av et gjensidig forpliktende samarbeid. Samforståelsen mellom oss og ungdommen er gjerne første skritt på veien for ungdommen til en hverdag preget av en opplevelse av sammenheng og forståelse av eget liv, seg selv i møte med andre. Arbeidet vil også innebære et vedvarende fel-

les fokus på autonomi og selvråderett. For dette er viktig. Vi mener det er iboende krefter i alle mennesker til å ta gode valg for seg selv. Tvang og makt bidrar sjelden til mestringsopplevelser og vekst. Men ungdom skal ta ansvar for seg selv og ikke for de voksne. I en situasjon der ungdom utfordrer systemet i så stor grad at ungdommen selv kontrollerer det, vil hen få altfor stor makt over og ansvar for sitt eget omsorgssystem.

BUPA skal ikke være den viktigste støtten i ungdommens liv. Det de trenger er validerende, men også autonomifremmende, omsorgsstøtte i hverdagen. Slik støtte krever at de voksne rundt ungdommene tåler det følelsesmessige ubehaget som kommer når ungdommene får lov til å snuble og ta feil valg. Det er nemlig slik de kan lære av valgene. Dette kan være en krevende øvelse for både omsorgssystemet, involverte instanser og myndigheter. Det er ofte behov for et tydelig, samforstått og samarbeidende system som deler på ansvar og risiko. IUT tar derfor et tydelig ansvar for ulike risikovurderinger av psykisk helsetilstand. Dette mener vi er avgjørende for at omsorgssystemene skal kunne holde ut. Slik bidrar vi med å med å sikre stabilitet.

«Dere har bidratt til å skape bevegelse der mye har vært fastlåst. Samarbeidet har gitt oss en trygghet i møte med ungdom og har hjulpet oss i det å normalisere tilnærmingen og ikke være så redde for å trå feil. Ingen fortid er så belastet at ikke fremtiden kan bli annerledes», sier en avdelingsleder ved en barnevernsinstitusjon.

### Rammer for å lykkes

Ulike faktorer er viktige for å lykkes med arbeidet vi gjør i IUT. Det fordrer at vi er villige til å tenke nytt og innovativt, har mulighet for fleksible arbeidsrammer, støtte til nødvendig faglig oppdatering og en tillit til at vi gjør gode vurderinger. Det krever også tett samarbeid med en døgnpast som kan stille opp når det trengs. Ved IUT ved Sykehuset i Vestfold er vi heldige som har en ledelse som har tro på dette arbeidet. Ledelsen tør å satse på skreddersøm rundt de mest marginaliserte ungdommene.

Det å slippe opp noe av kontrollen og gi ansvar tilbake til ungdommen kan noen ganger være avgjørende for å oppnå vekst og utvikling av agens hos ungdommen. Av den grunn er dette ofte saker med risiko for alvorlige hen-



Hvordan har dette barnet blitt møtt og forstått av sine omgivelser?



delser. Vi tar behandlingsansvar der ungdom kan skade seg selv alvorlig eller dø, der andre kan komme til skade, og der det er økt risiko for mer alvorlige symptomuttrykk. Dette medfører naturligvis et stort ansvar i de fleste sakene, noe som fordrer en robusthet i oss selv og i teamet. Derfor jobber vi alltid i par, og noen ganger er alle fire behandlere med i behandlingsteamet. Dette er viktig for å sikre tverrfaglighet, kontinuitet og tilgjengelighet. For å få til dette fremover, har vi behov for flere robuste fagfolk som deler holdningene som ligger til grunn for jobben vi gjør.

Vi er også avhengige av at systemene vi samarbeider med, deler våre holdninger. Dette opplever vi i overraskende stor grad at de gjør. Både samarbeidspartnere og omsorgssystem vi møter er glad for denne måten å forstå andre mennesker på. Slik blir de viktige ressurser for ungdommen – viktigere enn oss. Når omsorgssystemet får hjelp til å forstå ungdommens følelser og opplever seg viktige, blir det en mer påkoblet og trygg base. Får vi til et gjensidig samarbeid, avtar gjerne ungdommens smerteuttrykk.

### AVSLUTNING

IUT har som mål å gi funksjonell hjelp til ungdommene der de lever livet sitt. Vi ønsker å gi hjelp som varer over tid, ikke å drive brann-

slukking. Både strukturen, tidsbegrensningen, tydeligheten og robustheten til å håndtere alvorlig symptomatologi og risikosituasjoner mener vi er med på å trygge et system i krise og kaos. Ved å dele på ansvaret for alvorlig risiko opplever vi at systemet i stadig større grad håndterer krevende tilstander og situasjoner selv. Slik kan vi unngå at ungdommene blir kasterbatter mellom instanser.

Fordi IUT har kontakt med hele hjelpelinen (BUPAs døgnpost, somatisk avdeling, legevakt, politi, barnevern og kommunehelsetjeneste mfl.), mener vi at vi er egnet til å bistå i disse sakene. Da vil omsorgssystemet bli tryggere, tydeligere og mer stabilt. Ungdommen får da rom til å fokusere på sine egne følelser. Ungdommen vil også slippe å ta ansvar for omgivelsene sine.

En holdning om at psykiske helseplager er en respons på livskonteksten disse ungdommene har levd i, mener vi er avgjørende for denne måten å jobbe på. Uten en slik holdning er det en risiko for å individualisere og sykeliggjøre utfordringene. Da mister vi samforståelsens fremste styrke. Vi mener at ingen ungdom er behandlingsresistente, og at alle mennesker har iboende krefter. Sammen med systemet rundt disse ungdommene kan vi komme i posisjon til å hjelpe. ✘

### REFERANSER

Barneombudet. (2020). *Jeg skulle hatt BUP i en koffert. En psykisk helsetjeneste tilpasset barn og unges behov*. <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/publikasjoner/jeg-skulle-hatt-bup-i-en-koffert>

Hansen, I.L.S., Jensen, R.S. & Fløtten, T. (2020). *Trobbel i grenseflatene. Samordnet innsats for utsatte barn og unge* (FAFO-rapport 2020:02). Fafo. <https://fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/trobbel-i-grenseflatene>

Hatling, T. (Red.). (2021). *Utredning om FACT Ung i Norge*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP). <https://www.napha.no/attachment.ap?id=3266>

Melby, L., Ulset, G., Paulsen, V., Wågø, S., Høyland, K. & Kaasbøll, J. (2020). *Nytt institusjonstilbud for barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp* (Sluttrapport).

SINTEF akademisk forlag. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2671744/SFag%2b66.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten. (2020). *Ungdom med uavklart tilstand. Samhandling mellom kommunale tjenester og BUP*. Rapport 3-2020 - 29.11 20 Ungdom med uavklart tilstand Web versjon.pdf



## Senter for seniorpolitikk skifter navn

Smykket med sitt nye navn Kunnskapscenter for lengre arbeidsliv fortsetter de å sette eldre i arbeidslivet på agendaen.

Kunnskapscenteret har som mål å skaffe til veie og formidle forskning og kunnskap om arbeidsliv. Det skal bidra til at partene i arbeidslivet, politikere og ledere kan ta gode beslutninger som gagnar både eldre arbeidstakere, arbeidslivet og samfunnet.

- Det er litt skummelt å skifte navn, men når vi kler oss i nye farger og blir Kunnskapscenter for lengre

arbeidsliv, gjør vi det med stolthet og ny giv. Vi tror vår nye identitet og design vil gjøre det tydeligere hva vi jobber for og hvor viktig dette er, skriver administrasjonssekretær May-Britt Pedersen.

Senteret holder fortsatt til i Akersgata 32.

Ny e-postadresse er [post@lengrearbeidsliv.no](mailto:post@lengrearbeidsliv.no) og hjemmeside er blitt [lengrearbeidsliv.no](http://lengrearbeidsliv.no).

### PSYKOLOG I TELEMARKE

## Har du skrivesperre? Hjelpen er her.

Telemark lokalavdeling for Norsk psykologforening inviterer til skriveseminar for psykologer som ønsker å utarbeide eller ferdigstille et skriveprosjekt – enten det er for å publisere en artikkel i et tidsskrift eller en spesialistoppgave.

**Katharine Cecilia Williams** og **Gro Walø-Syversen** fra Psykologtidsskriftet og psykologspesialist og professor **Idun Røseth** (STHF) kommer.

Er du interessert? Bruk QR-koden for å melde deg på.



Pris 100 kr (inkluderer lunsj)

### Program

09.00-11.30:

Oppstart og skriveseminar med undervisning og fokus på problemstilling

Pause med lunsj

12.30-15.00:

Workshop i mindre grupper for å utforme teksten

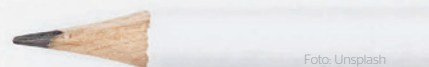


Foto: Unsplash

**TID** Lørdag 24. august **STED** Sykehuset Telemark, konferansesenter bygg 54 i Skien, møterom Vrangfoss

# Emosjonsfokuset foreldreveiledning i barnevernet

Ved å oppleve empati fra veilederen og forstå barnet sitt bedre, kan foreldre utvikle seg som viktige omsorgspersoner.

**TEKST** Aina Dyb Bjerke, DPS Groruddalen, Institutt for psykologisk rådgivning

**KONTAKT** ainabjerke@gmail.com

**MERKNAD** Det er innhentet samtykke fra foreldre, og kasus er anonymisert. Dialogene er direkte transkribert fra videoopptak av foreldreveiledning.

**ILLUSTRASJON** Mari Kanstad

Sentre for foreldre og barn bistår barneverntjenesten med utredning av omsorgssituasjonen for barn (Bufdir, u.å.). Videre kan også omsorgsendrende hjelpetiltak som veiledning og foreldretrening tilbys. Jeg ønsker å presentere mine kliniske erfaringer med å benytte emosjonsfokuset ferdighetstrening (EFST) for foreldre ved et familiesenter, der jeg primært har anvendt veiledningsformen overfor familier med barn under ett år. Jeg beskriver erfaringene med å omsette metoden i konkret klinisk praksis med de fordeler, utfordringer, tilpassninger og observasjoner som følger med. Jeg drøfter og reflekterer over kompleksiteten av å gå inn i sårbare prosesser med foreldre som er under vurdering av barnevernet.

## BAKGRUNN

Emosjonsfokuset ferdighetstrening for foreldre (Ansar et al., 2021; Dolhanty & Greenberg, 2009; Robinson et al., 2015) bygger på emosjonsfokuset terapi (EFT), som har en humanistisk-integrativ tilnærming. Den vektlegger betydningen av emosjoner som en psykologisk funksjon og et utgangspunkt for terapeutisk endring (Greenberg & Paivio, 1997). EFT

er basert på premisset om at følelser er knyttet til behov og derfor har et adaptivt potensial. Dersom følelser er blitt aktivert og jobbet med i terapi, kan dette hjelpe en med å endre problematiske emosjonelle tilstander og relasjoner (Greenberg & Paivio, 1997).

Den emosjonsfokusede forståelsesrammen har et transdiagnostisk syn på psykiske lidelser. Man antar at de samme underliggende emosjonelle faktorene kan gi seg utslag i ulike symptomer og lidelser, og at det er de underliggende årsakene som trenger behandling (Stiegler, 2020). Senere ble Emotion Focused Family Therapy (EFFT) utviklet og brukes i behandling av spiseforstyrrelser (Greenberg, 2017). EFST ble utviklet av dr. Joanne Dolhanty og har røtter til de tidligere arbeidene hennes med følelser, familier og motivasjon (Hagen et al., 2019).

## ØVE PÅ FERDIGHETER

EFST har to hovedmål i arbeid med foreldre. Det første målet er å øke kunnskapen om følelser og det andre å trene på nye foreldreferdigheter (Hagen et al., 2019). De fire spesifikke nøkkelferdighetene handler om å (1) lære å anerkjenne/validere følelser, (2) jobbe med foreldrenes egne «følelser», (3) øke foreldrenes





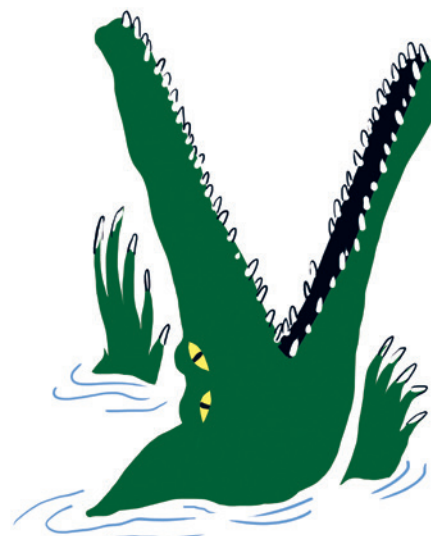
kapasitet til å sette sunne og fleksible grenser og (4) reparere relasjonen mellom foreldre og barn (Ansar et al., 2021; Dolhanty & Greenberg, 2009). Målet med metoden er å øke foreldrenes motivasjon, særlig med tanke på at de ikke skal unngå sine egne problematiske følelser, og utvikle ferdigheter slik at de får nye måter å forholde seg til barnet sitt på (Ansar et al., 2021). EFST tilstreber også å øke foreldrenes bevissthet, refleksjon, emosjonelle prosessering og evne til å reagere adaptivt på barnets følelser (Dolhanty & Greenberg, 2009; Greenberg, 2017; Greenberg et al., 2008; Robinson et al., 2015).

En tar utgangspunkt i at det er foreldrene som er best i stand til å møte barnets emosjonelle behov, i kraft av det iboende båndet mellom barn og foreldre. Barnas viktigste emosjonelle behov er derfor rettet mot foreldrene, og nøkkelen til endring ligger i at foreldrene kan møte både følelsene og de tilhørende behovene deres. En viktig oppgave i emosjonsfokusert ferdighetstrening er å lære foreldre hvordan de kan sette seg inn i barnets følelser og hjelpe barnet til å håndtere dem (Hagen et al., 2019).

EFST er en livsløpsmodell for barn i alle aldre. Målet er at barnet blir hjulpet til å få bedre psykisk helse, selv om det primært er omsorgspersonen og ikke barnet direkte som mottar veiledning og hjelp (Hagen et al., 2019). Veiledningen gis først i form av psykoedukasjon før en går inn i en mer aktiv fase, der foreldrene får hjelp til å komme i kontakt med både egne og barnets følelser.

#### ET SPRÅK FOR FØLELSENE

Da jeg startet som psykolog ved familiesenteret, foregikk foreldreveiledningen primært ved at en gjorde videoopptak av samspillet mellom barnet og omsorgsgiver og brukte dette som utgangspunkt for refleksjon og »



## Emosjonsfokuset foreldreveiledning

- Familiene søkes inn til opphold på familiesentrene for inntil 12 uker utrednings- og/eller veiledningsopphold.
- Utredningen foregår gjennom observasjoner, standardiserte kartleggingsverktøy og testing. Veiledning gis på både praktisk og emosjonell omsorg.
- EFST ble gitt om lag ukentlig mens familiene var innlagt.

endringsarbeid. I veiledningen observerte jeg at foreldrene strevde med å finne ord og begreper for både eget og barnets indre liv. Mange av foreldrene uttrykte at det var belastende å «prestere» under videoopptakene av samspillet og bli «analysert» på film.

En viktig observasjon med tanke på å innføre EFST som metode var at foreldrene fikk utbytte av terapeutens hjelp til å sette ord på følelser og til å i større grad romme og navngi egne og tentativt barnets indre erfaringer.

I EFST hjelpes foreldrene gjennom psykoedukasjonen til å forstå følelser, validere følelser hos barnet samt å innse betydningen av å unngå følelser. I tillegg får foreldrene innføring i begrepet «følelser», som kan forstås som en måte å beskytte seg mot vanskelige følelser på, og som blir en konkurrerende motivasjon i å møte barnets følelser.

### STOLARBEIDET

Karakteristisk i emosjonsfokuset terapi (EFT) er stolarbeidet, der en bruker tomme stoler som representerer ulike aspekter ved klienten eller betydningsfulle andre relasjoner. Stolarbeidet er en psykotераpeutisk teknikk fra gestaltterapi som er videreutviklet innen EFT (Stiegler, 2020). Det unike ved EFST sammenliknet med andre foreldreveiledningsmetoder er den opplevelsesbaserte tilnærmingen til endring, der foreldrene både må kjenne og øve på å sette ord på følelser. Stolarbeidet er her viktig for å trene på å validere barnets følelser, unngå egne såkalte følelser samt for å reparere og sette grenser (Hagen et al., 2019).

### KASUS AURORA

Aurora kommer til avdelingen fem måneder gammel sammen med mor. Den lille familien søkes til et opphold ved familiesenteret grunnet stor grad av bekymring rundt blant annet mors livshistorie og flere alvorlige risikofaktorer for jentas omsorgssituasjon. På familieavdelingen observeres uvøren håndtering av jenta, og at mor er lite sensitiv for jentas signaler. Jenta fremstår stiv i kroppen, og hun unngår ofte mors blikk. Hun kan brått smile til mor, men smilet slokner idet mor vender seg bort. Den psykologiske utredningen av Aurora tilsier at hun allerede er et barn i skjevutvikling.

I de første timene med moren til lille Aurora fokuserer vi på psykoedukasjon ved at hun lærer om følelser og hvordan anerkjenne disse hos barnet. For mor er dette også en mulighet for å dele og reflektere over egne omsorgserfaringer og hvilke følelser hun synes er vanskelig å forholde seg til. De neste timene trer veiledningen inn i en mer aktiv fase, der vi benytter stolarbeidet for å øve på å forstå og møte barnets følelser.

I det første stolarbeidet beskriver mor en situasjon der hun følte seg usikker, barnet gråt, og hun visste ikke hva som kunne hjelpe henne. Første gang hun skifter fra «selv-stolen» til «Aurora-stolen», endrer hun merkbart kroppsspråk og ansiktsuttrykk, og hun beskriver det som å komme i kontakt med masse forskjellige følelser som hun ikke klarer å sortere og sette ord på. Timen blir brukt til å utforske og finne ord til disse følelsene, som for mor der og da kun fremstår som en kroppslig aktivering. Videre får mor tak i barnets behov knyttet til de ulike følelsene som hun har fått kontakt med.

### VALIDERING

I den neste timen spør veileder mor om hun har gjort seg noen tanker om dette stolarbeidet siden sist.

Mor: «Ja, om hvordan jeg prater med henne, og jeg har prata mer med henne.

For eksempel i går var hun urolig fordi hun begynner å få tenner. Da holdt jeg henne sånn her.» Mor viser med hendene hvordan hun holdt babyen i armene. «Og jeg snakket til henne veldig, veldig rolig og lavt og sa at 'uff, jeg forstår det, det er slitsomt når tennene kommer'. Jeg har hatt et par sånne aha-opplevelser, så det var fint.»

Veileder: «Hvordan kjennes det å ha en slik opplevelse?»

Mor: «Det føles godt, som at jeg gjør noe riktig. Som om jeg forstår henne. Jeg har tenkt på det i etterkant, at det er viktig å anerkjenne henne og sånn.»

Mor beskriver deretter, på oppfordring fra veilederen, en situasjon som hadde vært vanskelig. Hun og Aurora hadde hatt permisjon fra avdelingen sist helg og vært på besøk hos familiemedlemmer. Aurora var da urolig, gråt og var vanskeligere å roe enn «hjemme» på avdelingen.

Veilederen ber mor om å se for seg Aurora i den tomme stolen.

Mor: «Ja, hun er liksom misfornøyd, men hun er heller ikke trøtt. Samtidig ser øynene litt trøtte ut ...»

Veilederen: «Hva var det du gjorde eller sa?»

Mor: «Jeg nynnå litt og snakka til henne. Litt sånn ssssh-lyder.»

Veilederen: «Kan du gjøre dette du gjorde mens du snakker med Aurora i den andre stolen?»

Mor ser på den tomme andre-stolen og lager rytmiske hysje-lyder.

Veilederen: «Så kommer du over hit og kjenner på hvordan det er å være Aurora.» Veilederen peker på den tomme stolen. Mor reiser seg og skifter stol.

Mor (fra Aurora-stolen): «Ja, altså jeg er trøtt, men. Men jeg vet ikke hva jeg skal si ...»

Veilederen: «Hvordan kjennes det ut i kroppen til Aurora akkurat nå?»

Mor: «Det er noe slags ubehag. Jeg vet ikke hva som blir det rette ordet. Litt sånn utilpass. Det er støy og ukjente stemmer rundt meg.»

Veilederen: «Hva trenger du fra mamma?»

Mor (fra Aurora-stolen): «At mamma sier det går bra. Og så ta meg med på et annet rom. Lukke døra litt.»

Veilederen: «Si det til mamma.»

Mor (fra Aurora-stolen): «Jeg er utilpass. Ta meg med inn på rommet, lukk døra og hold meg trygt og godt.»

Veilederen: «Trenger du noe mer fra mamma?»

Mor (fra Aurora-stolen): «Ja ... omsorg ...»  
Mor ser på veilederen.

Veilederen: «På hvilken måte skal mamma gi deg den omsorgen?»

Mor (fra Aurora-stolen): «At du holder meg, og at du snakker til meg, nynnå litt. Er sammen med meg.»

Veilederen: «Sett deg tilbake til mammas-tolen og kjenn på hvordan det føles å få denne informasjonen fra Aurora.» Mor setter seg på selv-stolen igjen.

Mor (i selv-stolen): «Mamma forstår det veldig godt. Du er på et nytt sted. Det er nye stemmer her, og det er en hund som går og trækker, og lyder du ikke har hørt før. Så det forstår mamma og tenker på også. Jeg vil gjøre alt så bra som det kan bli i nye omgivelser.»

Veilederen: «Kom over hit og kjenn på hvordan det føles å høre dette fra mamma.» Terapeuten peker på den tomme Aurora-stolen.

Mor (fra Aurora-stolen): «Mamma ser meg, mamma forstår meg.»

Veilederen: «Hva skjer med følelsen av 'utilpass'?»

Mor (fra Aurora-stolen): «Jeg kjenner ikke den lenger nå. Jeg kjenner meg mer tilfreds nå. Jeg føler jo at mamma bryr seg om meg.»

Ved å øve på validering i stolarbeidet vokser det frem en bevissthet hos mor om at barnet kan ha en annen opplevelse enn henne av samme situasjon. Mor beskriver også positive følelser rundt det å leve seg inn i datterens subjektive beretning og å klare å møte henne på følelser og behov. I starten av oppholdet ved familiesenteret opplevde mor det som forvirrende og tidvis frustrerende å forholde seg til datterens følelsesuttrykk, mens nå opplever hun mestring. Denne erfaringen virker å ha en motiverende effekt for veiledningen. Det sees ved at mor oppgir å ha reflektert rundt den nye kunnskapen hun har tilegnet seg i tiden mellom timene.

#### FØLEFELLE

I en av de neste timene forteller moren til Aurora om en situasjon der barneverntjenesten kom på hjemmebesøk. Mor følte seg fullstendig handlingslammet og husker at hun ikke fikk seg til å trøste en gråtende Aurora fordi



hun ble overveldet av sine egne vonde følelser. Hun opplevde å være under vurdering som omsorgsgiver for sitt eget barn, noe som selv sagt ble stressende.

Mor virker her å være fanget i en «følefelle» som inntreffer når foreldrenes egne følelser kommer i veien for å se og møte barnets emosjonelle behov. Følefellen oppleves som om en overdreven og aktiv indre stemme snakker til forelderen. Stemmen kan være kommanderende, hard, hektisk eller i kontinuerlig katastrofeberedskap (Hagen et al., 2019).

I veiledningstimen med Auroras mor får hun instruks om å bytte til den tomme stolen. Men denne gangen representerer stolen mors egen følefelle. Vi utforsker hva følefellen forteller henne.

Veileder: *«Hva skremmer du deg selv med?»*

Mor (som følefellen): *«Du får ikke til dette her. Du takler det ikke. Du vil aldri klare det, det er bare å ... du er mislykka. Det er så mye feil med deg og problemer og ...»*

Veileder: *«Gå tilbake til mammastolen og kjenn på hva det gjør med deg.»* Mor skifter tilbake til selv-stolen.

Mor (fra selv-stolen): *«Det setter meg helt ut. Jeg fryser.»*

Mor valideres i hvor vondt det er å fryse til når alt du vil, er å vise at du er en god mor. Deretter oppfordres hun til å se for seg Aurora i den tomme stolen. Mor blir bedt om å fortelle Aurora om hvor handlingslammet hun føler seg, og at hun derfor ikke klarer å hjelpe henne. Deretter instrueres hun til å flytte over til den tomme stolen og kjenne på hvordan Aurora opplever å høre dette.

Veileder: *«Hvordan er det for Aurora?»*

Mor (fra Aurora-stolen): *«Jeg blir lei meg ... urolig ... ukomfortabel ... redd.»*

Veileder: *«Hva trenger du fra mamma?»*

Mor (fra Aurora-stolen): *«At mamma klarer å håndtere følelsene sine. Jeg trenger at du roer deg ned og ikke stresser.»*

Her får mor innsikt i hvordan Aurora blir alene med følelsene sine. Barnets behov for at mamma er til stede og gir trygghet og ro i denne situasjonen, blir ikke møtt fordi mor er fanget i sin egen opplevelse av å være hjelpeløs og utilstrekkelig. Stolarbeidet blir et viktig utgangspunkt der en i etterkant kan reflektere rundt hvor uheldig det er å «miste barnet av synet» fordi en selv er redd, stresset, skamfull eller sint. Øvelsen blir også en kilde for mor til

å oppdage det unike og ikke minst uunnværlige båndet mellom forelder og barn.

### TILPASNINGER AV METODEN

Det er behov for enkelte tilpasninger av metoden når en benytter EFST overfor omsorgsgiverne til de minste barna (0-12 måneder). Erfaringsvis bruker disse foreldrene i større grad gester, kroppsspråk, lyder og mimikk i stolarbeidet. Veilederen bør være observant og utforske de ikke-verbale signalene og finne ut hva signalene representerer av omsorg og hjelp som foreldrene ønsker å gi til barnet sitt, eller hva «barnet» (forelder i barne-stolen) signaliserer at de trenger fra forelderen.

En bør også sette av nok tid til å drøfte erfaringene fra den opplevelsbaserte tilnærmingen i stolarbeidet med foreldrene. Da får de muligheten til å skape mening ut av informasjonen fra de ulike stolene og knytte dette til de hverdagslige situasjonene med barnet.

### LIVSKRISE

Å bli undersøkt av barnevernet kan for mange foreldre oppleves som en livskrise. Foreldrene har ofte behov for å snakke om dette og få anerkjennelse for hvor skremmende, skamfullt og kanskje uforståelig situasjonen er. Det kan være vanskelig å starte et endringsarbeid eller etablere en begynnende allianse uten først å sette av tid til å snakke åpent med foreldre om de konkrete redslene eller opplevelsen av utilstrekkelighet i forelderrollen.

For at det skal føles trygt for klienten, bør terapeuten opptre ekte ved å bringe inn egne følelser og opplevelser, slik at det ikke virker som om hen holder noe skjult. (Stiegler & Hagen 2023). Veileder kan på disiplinert vis selvavsløre rundt utfordringer i egen forelderrolle, som for foreldrene vil kunne oppleves relevant for deres strev og redusere skam og ensomhetsfølelse. I tillegg bør veileder være transparent på egen rolle og mandat i saken.

### POSITIVE ERFARINGER

Min erfaring med å bruke EFST i barneverntjenesten er at foreldrene opplevde den første delen av veiledningen med psykoedukasjon om følelser, validering og følefeller som engasjerende. I tillegg åpnet timene for refleksjon rundt forholdet som foreldrene hadde til egne følelser, og hvordan de selv hadde blitt møtt følelsesmessig i oppveksten. Foreldrene kunne

i denne fasen formidle et ønske og en motivasjon om å bryte mønsteret ved å møte følelsene og behovene til barnet på en annen måte enn de selv hadde blitt møtt.

Omsorgssvikt og mishandling ser ut til å videreføres fra en generasjon til den neste (Killén, 2007). Dersom foreldre som selv har vokst opp med sviktende omsorg, er bevisst på dette og har bearbeidet og reflektert over hvordan oppveksten har påvirket dem, vil de ha større mulighet til å endre omsorgspraksis overfor egne barn (Kvello, 2010).

I familiene jeg jobbet med, klarte nesten samtlige omsorgsgivere, gjennom stolarbeidet, i større eller mindre grad å tre inn i barnets emosjonelle opplevelse og deretter få tak i umøtte behov hos barnet.

Stolarbeidet var også en mulig inngang for å gjøre foreldrene klar over – og for å jobbe med – *egne* intense og smertefulle følelser som kan stå i veien for å møte barnets emosjonelle behov. Foreldrene ga mot slutten av veiledningstimene flere ganger uttrykk for positive følelser, engasjement og en økt mestring og bevisstgjøring i foreldrerollen.

### UTFORDRINGER

I et barnevernstiltak der foreldre er henvist til et familisenter har gjerne veileder en dobbeltrolle som den som både vurderer omsorgsevnen og skal fasilitere endring.

Den emosjonsfokuserende terapeuten må hele tiden fokusere på å skape en god terapeutisk allianse. Det er avgjørende for det terapeutiske arbeidet at klienten føler seg trygg på at terapeuten aksepterer hen, og at klienten har tillit til at terapeuten vil ivareta hens behov på en god og produktiv måte (Greenberg, 2011; Stiegler, 2020).

Som forelder i en situasjon der veilederen representerer et hjelpetiltak i barneverntjenesten, vil det naturlig nok være vanskelig å vise sårbarhet eller drøfte situasjoner der en har følt seg utilstrekkelig eller mislykket.

### EMPATIENS REKKEVIDDE

Min erfaring er at dobbeltrollen kan utfordre rekkevidden av veilederens empati overfor foreldrene. Terapeuten lever seg inn i barnets situasjon med mangelfull omsorg og blir utålmodig på vegne av han eller henne. De minste barna har ikke tid til å vente, utviklingsstøttende omsorg er kritisk i denne livsfasen (Sjøvold & Furuholmen, 2015). Konsekvensen blir at man ikke klarer å være «der foreldrene er» i sin utvikling som omsorgsgivere. Veileder kjenner isteden på et ønske om å skynde seg på barnets vegne og er ikke tilstrekkelig til stede og empatisk overfor forelderen.

Det kan være lett å undervurdere hvor mange vonde følelser som frykt, sorg og skam som forelderen kan komme i kontakt med. I verste fall kan forelderen bli alene med intense og sårbare følelser. I tillegg vil veileder gå glipp av en mulighet til å bruke modellering, med andre ord at veilederen empatisk validerer forelderen på den måten vi ønsker at forelderen igjen skal møte barnets følelser.

### ROLLEFORDELING

Et forslag kan være at én veileder utreder barnet, mens en annen veileder foreldrene. Nyere studier viser at EFST har effekt i symptomreduksjon hos barnet, selv der det kun er foreldre og ikke barnet selv som har deltatt i behandlingen (Ansar et al., 2022; Zahl-Olsen et al., 2023.) Veileder trenger altså ikke å ha inngående kjennskap til barnet for at foreldreveiledningen skal være nyttig.



Det kan være lett å undervurdere hvor mange vonde følelser som frykt, sorg og skam som forelderen kan komme i kontakt med



En siste utfordring er at et opphold ved et familiesenter gjerne er tidsbegrenset med tanke på å inngå i et endringsarbeid. Særlig vil familier med sammensatte utfordringer og høy risiko for omsorgssvikt ha behov for oppfølging over tid. En større studie som inkluderte foreldre til 236 barn, viste at et todagers foreldrekurs (psykoedukasjon) og tre dobbelttimer med individuell oppfølging førte til symptomreduksjon hos barna (Ansar et al., 2022). Denne forskningen inkluderer ikke familier under barnevernets omsorg, og det er usikkert om hvor «stor dose» foreldreveiledning som er nødvendig for å kunne gi både varig og generalisert effekt for de mest sårbare familiene.

#### OPPSUMMERENDE AVSLUTNING

Basert på mine erfaringer mener jeg EFST kan være en god metode å bruke i barnevernsfeltet når det er bekymring for den emosjonelle omsorgen: Psykoedukasjonen gir en grunnleg-

gende innføring i hvordan foreldrene kan møte barna på følelser. Stolarbeidet er unikt for EFST og kan dekke en mangel i barneverntjenesten. Her får foreldrene aktivt øvd seg på å ta barnets perspektiv, validere opplevelsene til barnet og utforske hva som kommer i veien når dette blir vanskelig. Metoden kan også enkelt tilpasses små barn i et førspråklig utviklingsstadium.

Samtidig er det utfordringer knyttet til anvendelsen av metoden under rammene av et barnevernstiltak, særlig i form av å oppnå tilstrekkelig allianse og trygghet for å få tilgang på og kunne jobbe med endringsprosesser knyttet til sårbare temaer og vonde følelser.

Som regel vil foreldrene ved familiesenteret reise hjem med flere tiltak rundt seg. Noen mister også den daglige omsorgen. Mestringsfølelsen av å forstå barnet sitt og erfaringen med å ha blitt møtt med empati av veilederen kan allikevel gi foreldrene et håp i utviklingen videre som en viktig omsorgsperson for barnet. ✕

#### REFERANSER

- Ansar, N., Hjeltnes, A., Stige, S.H., Binder, P.E. & Stiegler, J.R. (2021). Parenthood – Lost and Found: Exploring Parents' Experiences of Receiving a Program in Emotion Focused Skills Training. *Frontiers in Psychology*, 12, 559188. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.559188>
- Ansar, N., Nissen Lie, H.A., Zahl-Olsen, R., Bertelsen, T.B., Elliott, R. & Stiegler, J.R. (2022). Efficacy of Emotion-Focused Parenting Programs for Children's Internalizing and Externalizing Symptoms: A Randomized Clinical Study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 51(6), 923–939. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2079130>
- Bufdir. (u.å.) Sentre for foreldre og barn. <https://www.bufdir.no/barnevern/sentre-for-foreldre-og-barn/>
- Greenberg, L.J., Warwar, S.H., & Malcolm, W.M. (2008). Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counseling Psychology*, 55(2), 185–196. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.2.185>
- Dolhanty, J. & Greenberg, L.S. (2009). Emotion-focused therapy in a case of anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 366–382. <https://doi.org/10.1002/cpp.624>
- Greenberg, L.S. (2011). *Emotion-focused therapy*. American Psychological Association.
- Greenberg, L.S. (2017). *Emotion Focused Therapy, revised edition*. American Psychological Association.
- Greenberg, L.S. & Paivio, S.C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. Guilford Press.
- Hagen, A., Austbø, B., Hjelmseth, V. & Dolhanty, J. (2019). *Emosjonsfokusert ferdighetstrening for foreldre*. Gyldendal.
- Killén, K. (2007). *Barndommen varer i generasjoner*. Kommuneforlaget.
- Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko*. Universitetsforlaget.
- Robinson, A.L., Dolhanty, J. & Greenberg, L. (2015). Emotion-focused family therapy for eating disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(1), 75–82.
- Sjøvold, M.S. & Furuholmen, K. (2015). *De minste barnas stemme*. Universitetsforlaget.
- Stiegler, J.R. (2020). *Emosjonsfokusert terapi*. Gyldendal.
- Stiegler, J.R. & Hagen, A. (2023). Emosjonsfokusert terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, (60)12, 841–850. <https://doi.org/10.52734/RJXJ6924>
- Zahl-Olsen, R., Severinsen, L., Shahar, B., Stiegler, J.R. & Bertelsen, T.B. (2023). Emotion-focused skills training for parents with anxious children. A pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 49(3), 581–594. <https://doi.org/10.1111/jmft.12643>

**VITENSKAPELIG ARTIKKEL**TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2024 VOL. 61 NR. 8 S. 521-530 DOI: <https://doi.org/10.52734/GMDC6992>

# Digital gruppeveiledning – en intervjuundersøkelse

Helene Kindle-Skau<sup>1,4</sup>, Ida Marie Eide<sup>2</sup> og Jan Skjerve<sup>3</sup>

## Sammendrag

Studien søker å belyse veilederes erfaringer med og vurderinger av digital gruppeveiledning. Vi gjennomførte semistrukturerte intervjuer med 15 veiledere. For å belyse veilederens erfaringer foretok vi en kvalitativ konsensusbasert analyse av intervjumaterialet.

I følge resultatene måtte veilederne ta særlige hensyn og gjøre tilpasninger for å kompensere for utfordringer knyttet til den digitale modaliteten. Veilederne viste stor grad av kreativitet. De endret til en viss grad stil og arbeidsmåte og strukturerte veiledningen annerledes. Veilederne pekte på at det ikke er modaliteten alene som påvirker hvordan veiledningen blir. Trygghet i gruppen, konteksten for veiledningen samt individuelle bidrag fra veileder og kandidater spiller inn. Flere ble positivt overrasket og endret holdning til digital veiledning. Mange opplevde at digital veiledning kan være et godt supplement til fysiske møter. Samtidig foretrakk alle veilederne den fysiske modaliteten.

*Nøkkelord:* klinisk gruppeveiledning, nettbasert veiledning, kvalitativ metode, digital veiledning

<sup>1</sup> Stiftelsen Kirkens Familievern, Familievernkontoret i Follo

<sup>2</sup> Akershus Universitetssykehus HF, DPS Øvre Romerike

<sup>3</sup> Universitetet i Bergen, Institutt for klinisk psykologi

<sup>4</sup> Bufetat region øst. Spisskompetansmiljø for vold og høykonflikt

### KONTAKT

helene.kindle-skau@bufetat.no

**MERKNAD** Ingen oppgitte interessekonflikter.

IME er medlem i Fagetisk råd.

### FAGFELLEVDERT

### Digital klinisk gruppeveiledning – en intervjuundersøkelse

Våren 2020 kom det restriksjoner mot å samles i grupper for å hindre koronasmitte. Både ordinære undervisningsopplegg og den gruppebaserte kliniske veiledningen for psykologstudenter ble rammet. Psykologer i spesialistutdanning havnet i tilsvarende situasjon. Å avbryte pågående behandling var ikke etisk forsvarlig, og fortsatt behandling forutsatte at det ble gitt veiledning. Løsningen for å gjennomføre behandling og veiledning lå i bruk av telefon og annen digital kommunikasjon.

For de tjenesteytende organisasjonene og de ansatte kom kravet om digital veiledning brått og uforberedt. Et betydelig antall veiledere fikk derfor raskt ny erfaring med å arbeide digitalt. Samtidig var en del veiledere allerede fortrolige med programvare for digitale møter. Ved mange arbeidssteder var det selv før pandemien standard prosedyre at terapier ble filmet og avspilt i veiledning. Avspilling kan gjøres også i digitale møter.

Et mangfold av studier har undersøkt veiledning som undervisningsform og ramme for terapeututvikling. I disse studiene brukes gjerne Bordins (1983) begrep om arbeidsalliansen, som innebærer tre komponenter: emosjonelt bånd, enighet om mål og enighet om hvilke arbeidsoppgaver som må gjøres for å nå målene. Alliansebegrepet gjelder altså ikke bare psykoterapi, men også veiledningsrelasjonen. Forskning på veilederrollen, veiledningsmål, arbeidsmetodikk, veiledningens betydning for terapeutferdigheter og behandlingseffekt er omfattende belyst i for eksempel Bean et al. (2018), Bernard og Goodyear (2014) og Watkins og Milne (2014). Basert på forskning, klinisk forståelse og etiske og juridiske retningslinjer foreslår Borders (2014) en standard for beste veiledningspraksis. Etter vårt syn bør en også i digital veiledning tilstrebe å innfri en tilsvarende faglig standard.

Gruppeveiledning skiller seg fra individualveiledning først og fremst ved at gruppens ressurser tas i bruk. Terapeuten får tilbakemeldinger ikke bare fra veileder, men også fra de andre gruppedeltakerne. Terapeuten kan dessuten hente idéer og erfaringer fra andres terapeutiske arbeid. Gruppen kan derfor bidra til en mer mangefasettert veiledning. For å utnytte potensialet i gruppen må det legges til rette for et åpent og trygt samspill mellom alle deltakerne. Kontraktutforming og strukturering av prosessen kan bidra til å skape et godt klima for læring og personlig utvikling. For en utdyping av det særegne ved gruppeveiledning vises det til Bernard og Goodyear (2014), Carrol (1996) og Jacobsen og Mortensen (2017).

Den tidlige forskningen på digital veiledning omhandler både nye utfordringer og fordeler. Kanz (2001) diskuterer konfidensialitet, samtykke, tilgangsmuligheter og relasjonsbygging. Renfro-Michel et al. (2010) undersøkte digital veiledning i amerikanske utdanningsprogrammer for psykologer. De fremhever fordelene med enklere og billigere tilgang til veiledning for studenter i ekstern praksis.

Inman et al. (2019b) presenterte erfaringer fra et treningsprogram for individualveiledere som arbeidet digitalt. Programmet fokuserer særlig på misforståelser i veiledningsrelasjonen, som lettere kan oppstå når partene ikke møtes ansikt til ansikt. Begrenset tilgang til ikke-verbal informasjon kan svekke opplevelsen av personlig nærhet. Andreucci-Annunziata et al. (2022) fant at både veiledere og kandidater i digital individualveiledning rapporterte om redusert spontanitet, uttrykk for personlige følelser og sosial opplevelse. I gruppeveiledning kan det være økt risiko for at disse negative aspektene oppstår.

Studier på digital veiledning omhandler i første rekke individualveiledning. I en oversiktsartikkel om digital veiledning ble arbeidsmåten i veiledningen omtalt som individualorientert, selv der rammen var en gruppe (Inman et al., 2019a). I en kaspresentasjon av en gruppeveiledning (Rousmaniere et al., 2014) karakteriseres arbeidsmåten best som «individualveiledning med tilhørere». Vi har ikke funnet studier av mer komplekse prosesser i digital gruppeveiledning av psykologer i klinisk arbeid. Et eksempel på en slik prosess kan være samspillet mellom deltakerne. Det er derfor uklart om det er spesielle hensyn som må ivaretas når den digitale veiledningen gjennomføres i grupper.

Inman et al. (2019a) fant i sin oversiktsartikkel at det ikke var vesentlig forskjell mellom ansikt-til-ansiktveiledning og den digitale med hensyn til hvor tilfreds veilederen var med veiledningen eller veiledningsrelasjonen. Men siden den eksisterende forskningen består av få studier, som også har mange metodeproblemer, advarer forfatterne mot å trekke for sterke konklusjoner. Morton (2017) fastslår på sin side at vi fremdeles har lite kunnskap om hvordan veiledere oppfatter fysisk sammenlignet med digital veiledning.

Forskningen på hvordan en digital modalitet kan påvirke gruppeveiledning av psykologer i klinisk praksis er altså mangelfull. Med vår studie ønsket vi derfor å få et bilde av erfaringene til veilederne. Vi brukte en eksplorativ kvalitativ metodikk, der formålet er å få økt innsikt om og forståelse av fenomener som er lite utforsket. Overordnet sett var vi opptatt av hva veiledere vurderer som viktige forskjeller fra det å kunne møte deltakerne fysisk, og hvilke tilpasninger



de eventuelt gjør i en digital modalitet. Vi formulerte fem forskningsspørsmål: 1) Ble gruppeveiledningen påvirket av den digitale modaliteten, og i så fall hvordan? 2) På hvilke måter kompenserte veilederne for tapet av informasjon? 3) Ble samspillet mellom veileder og kandidat og kandidatene imellom påvirket av modaliteten? 4) Ble læringsutbyttet påvirket? 5) Ble veiledernes holdninger til digital gruppeveiledning påvirket av erfaringene de fikk?

## Metode

### Informantene

Til undersøkelsen rekrutterte vi deltakere etter retningslinjer for seleksjon av strategiske utvalg (Malterud, 2017). Vi ønsket å høre fra veiledere som hadde kunnskap om og erfaring fra klinisk gruppeveiledning i både fysisk og digital modalitet. De fleste ble rekruttert via institusjoner som gir grunn- eller videreutdanning for psykologer. Seks av dem kontaktet vi direkte.

Det endelige utvalget, besto av 15 veiledere (ti kvinner og fem menn). Alle veilederne, med unntak av én, var spesialister i klinisk psykologi. De var i alderen 35–68 år og hadde mellom seks og 42 års klinisk erfaring. Klientene som veiledningen omhandlet, var barn, voksne eller familier. Alle veilederne hadde relevant videreutdanning for klientgruppene veiledningen omhandlet. De fleste hadde en bred teoretisk forankring.

Veilederne hadde mellom to og 25 års erfaring med gruppeveiledning av psykologer i klinisk praksis. På intervjutidspunktet hadde alle arbeidet med digital gruppeveiledning to eller tre semestre, stort sett fra våren 2020. Fire hadde noe erfaring med digital veiledning fra før våren 2020. Veilederne brukte først og fremst programvarene Teams eller Zoom. De hadde fått minimalt med teknisk opplæring og ingen innføring i bruken av programvarene. De fleste hadde erfaring med å veilede både gruppedeltakere de kjente fra før og nye.

Den vanlige gruppestørrelsen var tre til fire deltakere (kandidater). Kandidatene var psykologstudenter i klinisk praksis, psykologer under utdanning for å bli psykologspesialist og/eller psykologer som mottok metodespesifikk veiledning. I tre av gruppene for metodespesifikk veiledning deltok også noen ikke-psykologer.

Informantene, altså veilederne, ble orientert om formålet med prosjektet før de ga samtykke til intervjuet.

### Intervjuene

Vi brukte semistrukturerte intervjuer med mulighet for oppfølgingsspørsmål. Intervjuguiden ble utfor-

met på grunnlag av veiledningslitteraturen referert over og forskernes egne erfaringer med veiledning og interesse for gruppeveiledning. Spørsmålene omhandlet veiledernes bakgrunn, tekniske utfordringer og opplæring i programvaren. De omhandlet også hvilken betydning den digitale modaliteten hadde for presentasjon av klinisk materiale, samspill mellom partene, krav til forberedelse, veilederstil, veiledningsmetoder, selveksponering og konfliktløsning. Til slutt spurte vi etter gode og dårlige erfaringer mer generelt, og veileders oppfatning om kandidatenes utvikling.

Vi utførte de fleste intervjuene digitalt med både lyd og bilde. Grunnet tekniske vansker ble ett intervju utført uten bilde og ett var telefonbasert.

### Etikk

Alle som ble intervjuet, ble informert om prosjektet før de ga sitt samtykke til deltakelse. HKS og IMJ utførte all datainnsamling og analyse som medførte kjennskap til personopplysninger. Ingen sensitive personopplysninger ble samlet inn.

Intervjuene ble gjennomført og oppbevart på tilsvarende måte som for digitaliserte klientsamtaler. Utskriving av intervjuene ble foretatt fortløpende, hvoretter opptakene ble slettet. De utskrevne intervjuene er aidentifisert og plassert i journalarkiv. Ingen identifiserbare personopplysninger er lagret, og det foreligger ingen nøkkel for å knytte utskrift til person.

### Forskerne

Forskerne/artikkelforfatterne (HKS, IME og JS) er kliniske psykologer med både veiledningserfaring og erfaring med kvalitativ forskning. IME og HKS gjennomførte intervjuene. IME og HKS er kvinner i alderen 40 til 50 år. Vi har mye erfaring med veiledning med fysisk tilstedeværelse både individuelt og i gruppe, men liten eller ingen erfaring med digital klinisk gruppeveiledning. Ved starten av studien hadde ingen av oss tre forskere en spesiell interesse for digital veiledning, men IME og HKS hadde gjort seg en del erfaringer med digital undervisning. Vi hadde altså en godt informert utenfra-posisjon i møte med veilederne (Røthing, under utgivelse). Basert på vår erfaring med digital undervisning forventet vi at teknologiske utfordringer, tap av nonverbal informasjon og mindre spontanitet ville virke negativt inn på veiledernes opplevelse av og holdning til digital gruppeveiledning.

I intervjuene vektla vi å få frem veiledernes oppfatninger og refleksjoner basert på deres erfaringer. Vi unngikk ledende spørsmål. Samtidig ble veileder-

nes uttalelser nødvendigvis farget av spørsmålene i intervjuguiden og eventuelle oppfølgingsspørsmål.

### Transkribering

Transkribering av intervjuene ble gjort av intervjuerne selv (IME og HKS). Utskrivingen var mest mulig ordrett, med unntak av at ikke-meningsbærende ord som «eh», «mm», og lignende ble utelatt.

### Analysen av materialet

I analysearbeidet fulgte vi retningslinjene for Consensual Qualitative Research, slik disse er redegjort for i Hill et al. (1997) og Hill et al. (2005). Vi valgte metoden fordi den er egnet til å belyse bredden og nyansene i informanters (her: veilederes) erfaringer og vurderinger av ulike tema. Analyseprosessen har tre hovedfaser: utvikling av domener, formulering av kjerneidéer og analyse på tvers av intervjuene.

Domener er kategorier som blir brukt for å samle tema som hører sammen. De kan være basert på intervju spørsmålene og tilpasses svarene som er gitt, eller de kan utvikles på grunnlag av gruppering av materialet. Kjerneidéer er en sammenfatning og tydeliggjøring av svarene som er gitt. Sammenfatningene skal avspeile oppfatningene til den som er intervjuet så presist som mulig, samtidig som gjentakelser og overflødige redegjørelser skjæres bort. Kjerneidéene kategoriseres inn under domeneene.

I analysen på tvers av intervjuene formuleres idéene innen hvert domene på en måte som dekker bredden i svarene. Det er analysen på tvers av intervjuene som presenteres i resultatdelen. Etter vårt syn må kunnskapsgrunnlaget for psykologisk praksis være eklektisk-empirisk. Derfor er veilederens oppfatninger gjengitt mest mulig deskriptivt og ikke-fortolkende.

IME og HKS utførte analysen, og formulerte domener og kjerneidéer, samlet ideene i domener og utførte analysen på tvers av intervjuene uavhengig av hverandre. IME og HKS diskuterte og foretok nødvendige justeringer på alle trinn av analysen slik at de ble enige. JS gjennomgikk formuleringer og kategoriseringer, kom med forslag til endringer i alle ledd og deltok i diskusjon til konsensus ble oppnådd mellom alle tre.

Prosessen frem mot konsensus består i å skape enighet om et mangfold av valg. Ved uenighet blir hver av partenes forståelse av materialet tydeliggjort og modifisert. Uenighet kan derfor føre til økt oppmerksomhet på egne fortolkninger og slik bidra til refleksivitet om egen posisjon.

Vi analyserte alle de 15 intervjuene. Prosessen var tidkrevende med mange justeringer. Men kategoriseringen av materialet medførte ikke noen prinsipi-

elle uenigheter. Gjennomgangen av de to siste intervjuene ga ingen nye eller overraskende funn. Vi kan slik konkludere med at «metning» ble oppnådd (Hill et al., 1997).

## Resultater

Vi kategoriserte intervjumaterialet på tvers av informantene (veilederne) i fem domener med til sammen 21 kjerneidéer. Betegnelsen 'noen' i teksten refererer til 3–6 veiledere, 'omtrent halvparten' til 7–8, 'mange' til 9–11 og 'de fleste' til 12–14 veiledere. I tabell 1 er det gitt en oversikt over domener, kjerneidéer og forekomst.

### Påvirkning fra digital modalitet

**Tap av informasjon.** Alle veilederne vektla at de mistet viktig nonverbal informasjon, som små signaler og nyanser i kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Det ble vanskeligere å fange opp hva som rørte seg i den enkelte kandidat: «Vi mister noe av det som er menneskelig.» Det ble spesielt vanskelig å fange opp eventuelle spenninger og samspillet i gruppen: «Mister mye informasjon i gruppa, hvem som ser på hvem, hvordan man lytter, hvem man lytter til og alt det der – hvordan samspillet er.» Det ble mindre synlig om kandidater «multitasket» underveis i veiledningen. Innstillinger, som størrelse på skjerm og bilde, påvirket hva veilederne fanget opp av signaler.

**Tap av sosial kontakt.** De fleste påpekte at det er morsommere å møtes fysisk. Bedre tilgang på nonverbal informasjon gjør det lettere å bruke humor. «Ting som oppstår plutselig, det ene bygger på det andre, så det tredje, så er man en plass en ikke trodde en skulle ende. Den digitale forsinkelsen – sier du noe morsomt, så går det to sekund og så ler folk, da har den mista momentet, da er det ikke sånn at det bygger seg opp.» «Når vi sitter i rommet, så er det mer latter, mer laid-back, mer tull. Naturlige pauser selv om vi er til stede.»

**Hukommelse ble påvirket.** Noen av veilederne lurte på om færre sansemodaliteter for informasjon begrenset hukommelsen. De opplevde at kandidatene ikke «festet seg» like godt. De husket eller kjente ikke igjen kandidatene de hadde hatt i digital veiledning når de møttes fysisk. «Selv husker jeg litt dårligere det som har skjedd online. Flere av kandidatene synes det er vanskeligere å huske når man lærte hva, eller når man snakket om hva, men at det likevel går inn på en eller annen måte.» Omtrent halvparten trakk frem at vi automatisk setter sammen og legger til informasjon for å danne meningsfulle helheter. Innkodingen ble påvirket i digital modalitet: «Jeg hadde plassert en annen kropp på det hodet.»

Tabell 1

Domener og kjerneidéer

Domene	Kjerneidé	Omtalt
Påvirkning fra digital modalitet	Tap av informasjon	15
	Tap av sosial kontakt	14
	Hukommelse ble påvirket	7
	Veiledningsformat ble lite påvirket	13
Kompenserte for tapt informasjon	Veiledere endret sin innstilling	8
	Veiledere ble kreative	10
	Veiledere tilpasset sin arbeidsmåte	12
	Veiledere kommuniserte mer eksplisitt	13
	Veiledere ble mer aktive	11
	Veiledere vektla struktur og tydeligere gruppeledelse	11
Samspill i veiledningen	Veiledere opplevde mer distanse	8
	Kandidatens selvavsløring	9
	Etablering av trygghet tok lenger tid	13
	Trygghet og tilstedeværelse	11
	Veilederes utfordret mindre	9
	Veiledere var bekymret for å overse alliansebrudd	12
	Hybride grupper	8
	Læringsutbyttet	5
Veiledernes holdninger	Saksfokus og konseptualisering	15
	Ulike oppfatninger om personlig utvikling	9
	Veiledere ble positivt overrasket	5
	Veiledere var bekymret for tap av fysisk veiledning	9

*Merknad.* Tilsvarende antall veiledere (totalt  $n = 15$ ) som la vekt på tema innebefattet i den aktuelle kjerneideen.

**Veiledningsformatet ble lite påvirket.** Veiledningsformat omhandler kandidatens presentasjon av det kliniske materialet. De fleste veilederne valgte samme format på digital plattform som ved fysisk tilstedeværelse. Alle veilederne mente muntlig presentasjon av materialet fungerte godt. Halvparten brukte videopresentasjon. Mange brukte intervjufasen av reflekterende team, to brukte live-terapi, en brukte lydbåndopptak og en baserte seg på skriftlig presentasjon av materialet.

### Kompenserte for tapt informasjon

**Endret innstilling.** Veiledere skjerpet hørselen og oppmerksomheten i digital sammenlikning med fysisk modalitet. Halvparten uttrykte at det krevde mer å fange opp følelser og nonverbale signaler digitalt. Jobbingen ble mer fokusert og med færre digresjoner eller pauser. «Jobber veldig hardt for å skjønne. Det er en intensitet over det. Digitalt så blir det sånn konsentrert, og alt blir saklig hele veien.»

Et par kommenterte på at kandidatens mimikk er annerledes på den digitale plattformen, og en veileder jobbet bevisst med fortolkningen av ansiktsuttrykk: «Du må aldri tolke litt sånn måpende uttrykk som ikke-engasjement, for folk sitter sånn når de er på. Blir en utrygg og spør, er det ofte at folk sitter og

lytter.» To veiledere påpekte at både kandidatene og de selv kunne overdrive kroppsspråk og snakke høyere.

**Veilederne ble kreative.** Da veilederne brukte den digitale modaliteten, ble de svært kreative. De søkte etter løsninger for å skape best mulig gruppeveiledning, og prøvde ut tekniske grep før selve veiledningen. De brukte ulike øvelser for å øke tryggheten mellom gruppedeltakerne. To veiledere fortalte at de benyttet såkalt «speeddate» og «breakoutrooms» for at deltakerne skulle bli kjent. Ved bruk av reflekterende team kunne skjermen gjøres svart hos dem som var i lytteposisjon. Skulle veileder illustrere noe, kunne hen ta bilde av egen tavle eller av tegninger, skanne det, for deretter å vise det digitalt.

Tre veiledere kommenterte at pandemien i seg selv kan ha bidratt til en dugnadsånd. Krisen har trolig forsterket en ansvarsfølelse og gjort en mer innstilt på å få den digitale veiledningen til å fungere godt.

**Tilpasning av arbeidsmåte.** Veilederne prøvde ofte å få til en digital variant av metodene som de vanligvis bruker ved fysisk tilstedeværelse. De fleste opplevde at reflekterende team fungerte godt eller godt nok digitalt. To ga imidlertid uttrykk for at det ble vanskelig. Sju veiledere trakk frem at det ble mer turtaking, mindre fleksibelt, mer hakkete, og at kandidatene hadde en tendens til å «ta runden».

Flertallet mente det ble en høyere terskel for og mer krevende å bruke rollespill digitalt. To brukte ikke rollespill digitalt. Noen rapporterte at det var vanskelig å leve seg inn i rollespillet. En beskrev at de spontane rollespillene som kan oppstå i veiledning med fysisk møte, forsvant. Deltakerne er ikke «varmet opp» til å delta, og rollespillet blir da mer oppstilt. Mange brukte likevel korte rollespill. Trygg gruppe og trygg veileder ga flere positive erfaringer.

Tre av veilederne rapporterte at ferdighetstrening fungerte godt på digital plattform: «Kort introduksjon om sirkulære spørsmål, prøv det ut i breakoutrooms, møtes igjen, reflektere hvordan det fungerte, ny runde i breakoutrooms. Sånn konkret jobbing med ferdighet. Det syns jeg fungerer.»

**Mer eksplisitt kommunikasjon.** De fleste veilederne vektla at det var mer behov for eksplisitt avklaring om konfidensialitet, regler for samspill, roller og strukturering på den digitale plattformen. Videre hadde kandidatene en tendens til å bli vage og svarte ofte: «Nei nei, det går bra.» Noen veiledere valgte å stole på det som ble sagt, og erfarte at deltakerne da ble tydeligere i sine tilbakemeldinger.

Omtrent halvparten var opptatt av at det varierer hvor komfortable og flinke både kandidater og veiledere er til å kommunisere verbalt på den digitale modaliteten. To veiledere syntes det var vanskeligere å finne rett «timing» når de ikke kunne bruke kroppen for å få og gi informasjon: «Vanskelig å bremse eller avbryte digitalt. Mister det implisitte språket. Fysisk gjøres det med å gi kroppslige hint. Digitalt må det gjøres eksplisitt og verbalt, føles frekt og uhøflig.»

**Veilederne ble mer aktive.** Mange veiledere kjente på mer ansvar for å holde engasjementet og humøret oppe på en digital plattform. De beskrev at de fikk en mer aktiv stil, og opplevde det som mer krevende å engasjere kandidatene: «Det å få aktivitet i gruppen skjer ikke så smidig.» «Må tvinge dem ut i en del ting. Jeg blir ikke så snill. Gir mer instruksjer.» Noen veiledere var mer selvavslørende for å gjøre det digitale rommet tryggere. Noen kjente på frykt for å ta for mye plass, eller at det skulle bli for mye forelesningspreg.

**Tydeligere gruppeledelse.** Mange veiledere beskrev at de hadde en tydeligere plan for dagen. De hadde en agenda, inkludert variasjon og tidsangivelser for økter og pauser. Noen hadde også kortere dager og flere pauser. Kandidater etterspurte tydelig ledelse: «En av de tilbakemeldingene jeg fikk, var at jeg måtte styre veldig mye mer enn det jeg ellers gjorde. Når jeg gjorde det, merket jeg at de slappet mere av og jeg ble tryggere.» Noen veiledere mente at strukturen og formen på digital plattform ble annerledes, men ikke dårligere. Andre opplevde

endret struktur og form som begrensende for gruppeprosessen.

### Samspillet

**Mer distanse.** «Masse av det som gjør en gruppe til en gruppe, foregår uformelt før veiledningen begynner.» Omtrent halvparten av veilederne ga uttrykk for at den digitale plattformen gjorde veiledningen mer «hodestyrte». Det ble vanskeligere å danne et «vi» som gruppe. De trakk frem at den emosjonelle støtten ikke vises like tydelig: «Vi mister «klemmen i rommet», ser ikke hvor ivaretakende de andre er på skjermen, de sitter alene. Holder mer igjen, viser ikke like mye digitalt.»

Gruppesamspeillet på digital plattform ble mindre spontant og fleksibelt: «Digital form gjør folk mer hemma, de stanser seg selv og sensurerer seg selv, vegrer seg mer for å ta plass på digital plattform. Blir ekstra høflige, vil ikke risikere å avbryte, vanskeligere å vurdere når noen er ferdige å prate.»

Mange mente gruppesamspeillet er mer avhengig av deltakernes personlighetstrekk enn veiledningsmodaliteten. Erfaringer med å starte gruppeveiledningen digitalt var blandete. Noen følte at de fikk til gode prosesser også digitalt. To påpekte at de brukte gruppeprosessen mer aktivt i veiledning i fysisk modalitet.

**Kandidatenes selvavsløring.** Mange opplevde mindre selvavsløring fra kandidatene i digital sammenlignet med i fysisk veiledning. Veilederne knyttet dette enten til modaliteten, gruppesamspeillet eller hvor komfortabel veileder var med den digitale modaliteten: «Tenker det er noe sirkulært i det, kommer litt an på veileder, hvor komfortabel veileder er med det tekniske, for det handler om trygghet, det handler om hvor trygt man klarer å gjøre rommet. Klarer man å være til stede i prosessene som foregår, så tror jeg man får det til.»

Noen veiledere viste til personlighet når de kommenterte hvordan selvavsløring påvirkes: «Kjennes ut som at kandidatene klarer å ta opp essensielt viktige ting og være sårbare og dele online også. Jeg tror ikke det er en systematisk forskjell mellom fysisk og online-veiledning, men kanskje litt individuelt. Det kan være en slags følelse av litt beskyttelse i å ikke sitte i samme rom, noen liker jo godt å være online.»

En veileder hadde hatt flere digitale veiledningsgrupper parallelt. Hen uttrykte at selvsponeringen varierte: «Gruppene har jo holdt på med akkurat det samme, men noen mennesker er mer sånn 'bjuda på'. Da blir det ofte god stemning, og de er en god modell igjen for andre.»

**Å skape et trygt rom.** De fleste veilederne mente at oppstart med fysisk møte var fordelaktig. Den ufor-

melle kontakten hadde gjort det lettere å bli kjent med kandidatene og å kunne vise omsorg. «Pausene, lunsjen, småpreikingen, flytting på stoler, deling av kjeks, utveksling av strikkeoppskrifter og alt det som folk holder på med, det mister vi. Nesten totalt.» Alle vektla at fysisk modalitet gir flere kanaler for å skape trygghet og å ta kontakt ved behov. De trakk frem nonverbal kommunikasjon og små tjenester, et varmt blikk, eller det å skjenke en kopp kaffe.

**Trygghet og tilstedeværelse.** Mange veiledere uttrykte at økt mestring av teknologien ga mindre stress. Veiledningen ble sånn sett lettere med erfaring. Noen trakk frem at pausene i den digitale veiledningen ga tid for seg selv og mulighet for avkopling. De ble derfor mer påkoblet når de først var på. Halvparten trakk frem at trygghet på programvaren ga økt kapasitet til tilstedeværelse: «Så jeg tror at hvis jeg hadde vært veldig stressa av det digitale, så hadde jeg nok ikke fått til det jeg gjorde der. Men fordi jeg nesten ikke hadde bevissthet om at jeg var på nettet i møte med dem, så gikk det bra.» For fire veiledere fortsatte det tekniske å være energikrevende og kjedelig, uavhengig av mestringsnivå.

Halvparten beskrev at den digitale modaliteten ga en avstand. Noen ble mindre engasjerte og involverte: «Blir ikke like berørt digitalt, det er noen signaler som berører meg, men som jeg slipper unna digitalt.» Det var lettere å snakke om enn å være i. De ble ikke like berørt, og kroppslige signaler opplevdes mindre potente. Noen ble også mer selvbevisste og selvkritiske av å se seg selv på skjermen.

Andre veiledere opplevde derimot at de var emosjonelt til stede og hadde god kontakt med kandidatene. «Hvordan klarer vi å tilpasse oss, hvordan klarer vi som veiledere å finne måter å kompensere på for det som muligens kan tapes når vi er på nettet? Vi kan lure oss selv til å kjenne det ekte, og at vi er til stede for hverandre.»

**Veilederne utfordret mindre.** Mange veiledere opplevde en høyere terskel for både kandidat og veileder for å tematisere uenighet og sårbarhet. Åtte veiledere sa de utfordret kandidatene mindre. De var redde for å komme med kritiske innspill eller tilbakemeldinger. En uttrykte: «Må ta sats, vise en sårbarhet eller bringe opp en uenighet eller en konflikt.»

**Veilederne var bekymret for å overse alliansebrudd.** De fleste veilederne opplevde balansen mellom å ivareta og samtidig utfordre kandidater som mer krevende digitalt. Flere hadde tatt dette opp med kandidatene: «Vanskeligere å ivareta fordi du ikke ser hele mennesket, ser ikke responsen. Du må stole mye mer på det som blir sagt. Kanskje man blir mindre direkte fordi det blir så vanskelig å plukke opp om det skjer noe.»

Fem veiledere beskrev at de ble tryggere på kandidatene etter hvert: «I starten usikker på hvilke behov de hadde. Jeg følte meg klossete, og at jeg ikke fikk til inntoning. Jeg forklarte at jeg ble bekymret for om jeg gikk glipp av noe, at de ikke fikk det de ønsket, og at de ikke fikk gitt beskjed heller. Nå som jeg kjenner dem litt bedre, så har jeg fått tilbakemeldinger om at det er feil. Fremdeles usikker på om jeg får med meg tegn på alliansebrudd. Det er en bekymring jeg har, og jeg er ikke en veldig bekymret person.»

**Hybride grupper.** Halvparten hadde prøvd ut hybrid veiledning. Det vil si at noen kandidater satt fysisk sammen, mens andre deltok digitalt. En slik løsning var ekstra krevende: «Det var vanskelig fordi det krever noe annet å komme igjennom til de to på skjermen enn til de to i rommet. Det var ordentlig slitsomt å skulle veksle og ivareta alle.» En veileder hadde forsøkt ulike varianter av hybrid. Det fungerte best når alle som var til stede fysisk, satt foran egen dataskjerm.

### Læringsutbyttet

**Saksfokus og konseptualisering.** Noen opplevde at digital plattform påvirket kandidatens utviklingsmål. Kandidatens fokus på sine pasientsaker og forståelsen av disse syntes å bli påvirket i liten grad. To som veiledet innen en bestemt terapiretning med klare utviklingsmål opplevde at modalitet i liten grad påvirket målvalg og arbeidsmåte.

**Personlig utvikling.** Om lag halvparten av veilederne mente den digitale modaliteten var begrensende for kandidatens personlige utvikling. Den andre halvparten vurderte at kandidater kan ha like stort utviklingsutbytte uavhengig modalitet: «Personlig utvikling handler om å utvikle negativ kapabilitet og stå i sterke følelser uten å måtte handle, og å tåle mer usikkerhet. Den gruppen jeg hadde online, lærte masse. Kanskje jeg kjørte dem litt hardt? Online fikk de enda mere å måtte romme og håndtere.» Flertallet uttrykte at digital som et supplement til fysisk veiledning ikke trenger å gå ut over læringsutbyttet.

Halvparten av veilederne vektla at relasjon og gruppeprosess påvirket kandidatens utvikling vel så mye som modaliteten. Sju trakk frem betydningen av kandidatens deltakelse og engasjement. Åtte vektla at læringsutbyttet også var avhengig av hvordan veileder kompenserer for ulempene ved digital veiledning.

### Veiledernes holdninger

**Positivt overrasket.** Ni uttrykte at de først hadde vært skeptiske til den digitale modaliteten. Deres nye erfaring gjorde dem imidlertid mer åpne for å fortsette å kombinere fysisk og digital modalitet. «Blitt mer positiv til digital veiledning, blitt veldig, veldig

positivt overrasket, tvunget til å være åpen for nye måter å møtes på, glad for at jeg ble tvunget til å ta det i bruk og erfare det. Jeg har lyst å fortsette med det. Det hadde jeg overhodet ikke tenkt på før.»

Alle syntes gruppeveiledning gjennomført digitalt hadde flere praktiske fordeler. Noen påpekte at modaliteten åpner for faglig fellesskap på tvers av ulike steder i Norge, og på tvers av landegrenser.

**Bekymret for tap av fysisk veiledning.** Noen veiledere bekymret for om digital gruppeveiledning ville innebære at de mister muligheten til ansikt-til-ansikt-veiledning. Alle foretrakk fysisk modalitet.

### Diskusjon

Vi har lite kunnskap om hvilke særlige hensyn som må ivaretas ved digital gruppeveiledning. Målet med vår studie var derfor å undersøke hvordan veiledere ivaretok prosesser i gruppeveiledning i digital modalitet. Vi ønsket å undersøke erfaringer med hvilke tilpassinger de eventuelt gjorde i arbeidsmåten, og hva som fungerte. Resultatene omhandler hvordan den digitale modaliteten påvirket veiledningen mer overordnet, hvordan veilederne kompenserte for tapt informasjon, samspillet, kandidatens læringsutbytte og veilederne holdninger.

I materialet trer det frem et bilde av veiledere som på kreative måter gjorde sitt ytterste for å kompensere for det som går tapt digitalt. De tok særlige grep for at veiledningen skulle bli så god som mulig. Veilederne skjerpet sansene, ble mer eksplisitte i kommunikasjonen og strukturerte prosessen annerledes. I digital modalitet mistet veileder oversikten over «rommet» og måtte ta særlige hensyn når det gjaldt avklaringer. Pennington et al. (2019) anbefaler også veiledere å avklare at veilandens lokalisasjon er privat og at krav til konfidensialitet blir overholdt.

Veilederne i vår studie endret til en viss grad arbeidsmetodikk og veilederstil. De ble ofte mer aktive og frempå, ikke minst for å aktivisere og stimulere til samspill mellom deltakerne. Samspillet var særlig krevende ved hybride grupper. Klar ledelse av den digitale gruppen bidro til økt trygghet og bedre samspill. Funnene er i overensstemmelse med Strømsø et al. (2007), som fant at gruppedeltakere ble mindre aktive i digital sammenlignet med fysisk modalitet. Studien fant også at det var behov for at gruppeleder hadde en tydeligere og eksplisitt kommunikasjon når veiledningen ble gjennomført digitalt.

Veilederne vi intervjuet, var bekymret for at de ikke ville oppdage alliansebrudd på digital plattform på grunn av tapt nonverbal informasjon. Det er imidlertid uklart om de i større grad ville ha fanget opp alli-

ansebrudd ansikt til ansikt. Strømme (2012) fant at et flertall av erfarne veiledere ikke fanget opp sterke negative følelser mot veileder hos psykologstudenter ved fysisk tilstedeværelse. Mo og Chan (2023) fremhever at digital modalitet kan øke muligheten for misforståelser når det er multikulturelle forskjeller mellom veileder og kandidat. Slike forskjeller representerer noen av de mest utfordrende momentene i veiledning (Bernard & Goodyear, 2014).

Veilederne i vår studie la raskere bånd på seg i den digitale modaliteten. Digital veiledning kan muligens gi høyere terskel for å ta opp emosjonelt krevende temaer eller for å bruke veiledningsmetodikk som kan skape ubehag. Dersom veileder ikke er oppmerksom på og kompenserer for denne tendensen, kan det gå ut over kandidatens læringsutbytte. Intervjuene gir en indikasjon på at økt trygghet i relasjonen og på modaliteten senker terskelen for å ta opp det som er vanskelig.

Videre vurderte veilederne at kandidatene kunne ha en god læringsprosess også på digital plattform. Kandidatene og veilederne egenskaper og opptreden og gruppens sammensetning synes også å være viktigere enn modaliteten. Dette er dels i tråd med Strømsø et al. (2007), som antyder at det ikke er noen vesentlig forskjell i læringsutbytte når en sammenligner digital problembasert læring og fysisk møte.

Relasjonen – mellom veileder og kandidat og kandidatene seg imellom – ble av mange vurdert som viktigere for læringsutbytte og utvikling enn hvorvidt veiledningen var fysisk eller digital. Veilederne påpekte samtidig at modaliteten kan ha gjort det vanskeligere å bli kjent. De fremhevet spesielt at prosessen med å bli kjent og etablere trygghet i gruppen tar lengre tid digitalt. Dette er i tråd med Weinberg & Rolnick (2019), som hevder opplevelsen av kontakt med grupper over internett krever mer tid og investering sammenlignet med fysiske treff. Kanz (2001) anbefaler at veiledere bør gjøre seg kjent med personene de skal veilede, før den digitale veiledningen starter. Å møtes fysisk først kan gi et bedre utgangspunkt for læring og utvikling. Det ga også flere av veilederne i vår studie uttrykk for. Veilederne som startet rett på digitalt format, ble opptatt av hvordan de kunne bruke modaliteten til å bli bedre kjent.

Spørsmålet om 'tilstedeværelse' (eng. presence) er mye diskutert i litteraturen om digital terapi og blir sett på som nødvendig for et godt resultat. Weinberg og Rolnick (2019) argumenterte for at det er mulig å oppnå tilstedeværelse i den digitale verden. Hos flere av veilederne i vår studie bidro usikkerhet på teknologien til et visst stressnivå og mangel på mestringsopplevelse, særlig i starten. Dette kan ha redusert opplevd tilstedeværelse. Imidlertid beskrev noen god kontakt

med kandidatene, og øyeblikk med liten bevissthet om at kontakten var digital. Høyere grad av mestring og trygghet på teknologien så også ut til å gi økt grad av tilstedeværelse.

Et annet interessant funn var at hukommelse kan ha blitt påvirket i digital modalitet. Det er mulig den digitale modaliteten kan påvirke innkodning. Denne hypotesen bør undersøkes nærmere.

Flere veiledere var positivt overrasket over erfaringene de gjorde seg, og hadde endret holdning til digital gruppeveiledning. Noen syntes å være mer plaget av redusert tilgang til nonverbal informasjon. For andre kan økt trygghet på og erfaring med modaliteten ha bidratt til holdningsendring. Erfaring med at tilpasninger og kompenserende tiltak fungerte godt, kan også ha bidratt. I tråd med tidligere studier av digital individualveiledning (Inman et al., 2019a) fant vi at veilederne betraktet digital gruppeveiledning som et godt supplement til fysisk veiledning. Omtrent halvparten ønsket å kunne kombinere digital og fysisk veiledning ved behov. Pennington et al. (2019) påpeker at en slik kombinasjon vil kunne øke fleksibiliteten og tilgangen til veiledning. I vår studie foretrakk likevel alle veilederne fysisk modalitet.

### Studiens begrensninger

Vi gjorde et strategisk utvalg av veiledere som hadde erfaring med digital gruppeveiledning. Aktuelle veiledere kunne melde seg til prosjektet, og noen ble rekruttert ved direkte forespørsel. Vi kan derfor ikke utelukke en viss skeivseleksjon. Veiledere med interesse for eller spesielt positiv erfaring med digital veiledning kan ha takket ja til å delta. Veiledere med mindre gode erfaringer kan ha latt være å melde seg.

Pandemien som kontekst kan ha påvirket både veiledere og kandidater. I vårt prosjekt har vi ikke kunnet skille ut hvordan pandemien kan ha påvirket opplevelsen av det å veilede digitalt.

En annen begrensning er at studien kun undersøker veiledernes perspektiv. Bender og Dykeman (2016) fant at kandidater kan oppleve digital individualveiledning som like lærerik som ansikt-til-ansiktveiledning, dersom veilederne er positive til den digitale modaliteten.

### Konklusjon

Etter vår vurdering viser studien at digital gruppeveiledning kan være et godt supplement til fysisk veiledning. Den digitale gruppeveiledningen fungerer best dersom veileder gjør tilpasninger for å kompensere for det som går tapt i den digitale sammenlignet med den fysiske modaliteten. Vi mener også

våre funn tyder på at flere forhold enn modaliteten påvirker ulike aspekter ved gruppeveiledningen, som kandidatenes læringsutbytte. Det er imidlertid behov for videre utforskning av hvilke tilpasninger som kreves for å optimalisere digital gruppeveiledning. Vi trenger også forskning på kandidatenes erfaringer med å få gruppeveiledning digitalt. ✖

### Referanser

- Andreucci-Annunziata, P., Mellado, A. & Vega-Munoz, A. (2022). Telesupervision in psychotherapy: A bibliometric and systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 16366. <https://doi.org/10.3390/ijerph1923116366>
- Bean, R.A., Davis, S.D. & Davey, M.P. (2018). *Clinical supervision activities for increasing competence and self-awareness*. John Wiley and Sons.
- Bender, S. & Dykeman, C. (2016). Supervisees' perceptions of effective supervision: A comparison of fully synchronous cyber supervision to traditional methods. *Journal of Technology in Human Services*, 34, 326–337. <https://doi.org/10.1080/15228835.2016.1250026>
- Bernard, J.M. & Goodyear, R.K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5. utg.). Merrill.
- Borders, D. (2014). Best practices in clinical supervision: Another step in delineating effective supervision practice. *American Journal of Psychotherapy*, 68, 151–162. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2014.68.2.151>
- Bordin, E.S. (1983). A working alliance model of supervision. *The Counseling Psychologist*, 11, 35–42. <https://doi.org/10.1177/00110000831110077>
- Carrol, M. (1996). *Counselling supervision. Theory, skills and practice*. Cassell.
- Hill, C.E., Knox, S., Thompson, B.J., Williams, E.N., Hess, S.A. & Ladany, A. (2005). Consensual Qualitative Research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 196–205. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.196>
- Hill, C.E., Thompson, B.J. & Williams, E.N. (1997). A guide to conducting Consensual Qualitative Research. *The Counseling Psychologist*, 25, 517–572. <https://doi.org/10.1177/0011000097254001>
- Inman, A.G., Bashian, H., Pendse, A.C. & Luu, L.P. (2019a). Publication trends in telesupervision: A content analysis study. *The Clinical Supervisor*, 38(1), 97–115. <https://doi.org/10.1080.07325223.2018.1528194>
- Inman, A.G., Soheilian, S.S. & Luu, L.P. (2019b). Telesupervision: Building bridges in a digital era. *Journal of Clinical Psychology*, 75, 292–301. <https://doi.org/10.1002/jclp.22722>
- Jacobsen, C.H. & Mortensen, K.V. (2017). *Supervision af psykoterapi og andet behandlingsarbejde*. Hans Reitzels forlag.
- Kanz, J.E. (2001). Clinical supervision.com: Issues in the provision of online supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 415–420. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.32.4.415>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Adlibris.

- Mo, K.Y. & Chan, O. (2023). Supervisory relationship in cyber supervision: Implications for social work supervision. *International Social Work*, 66, 65–79. <https://doi.org/10.1177/0020872821991887>
- Morton, J.R., Jr. (2017). *Supervisors' experience of resistance during online group supervision: A phenomenological case study*. ProQuest LLC. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/supervisors-experience-resistance-during-online/docview/1966627121/se-2>
- Pennington, M., Patton, R. & Katafiasz, H. (2019). Cybersupervision in psychotherapy. I H. Weinberg & A. Rolnick (red.), *Theory and practice of online therapy* (s. 79–95). Routledge.
- Renfro-Michel, E.L., O'Halaran, K.C. & Delaney, M.F. (2010). Using technology to enhance adult learning in the counselor education classroom. *Adultspan Journal*, 9, 14–25. <https://doi.org/10.1002/j.2161-0029.2010.tb00068.x>
- Rousmaniere, T., Abbass, A., Frederickson, J., Henning, I. & Taubner, S. (2014). Videoconference for psychotherapy training and supervision: Two case examples. *American Journal of Psychotherapy*, 68, 231–250. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2014.68.2.231>
- Røthing, Å. (under utgivelse). *Favorisert og annenrangs? Kvinne og trener i norsk håndball*. Fagbokforlaget.
- Strømme, H. (2012). Confronting helplessness. A study of the acquisition of dynamic psychotherapeutic competence by psychology students. *Nordic Psychology*, 64(3), 203–217. <https://doi.org/10.1080/19012276.2012.731314>
- Strømsø, H.I., Grøttum, P. & Lycke, K.H. (2007). Content and processes in problem-based learning: a comparison of computer-mediated and face-to-face communication. *Journal of Computer Assisted Learning*, 23, 271–282. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2729.2007.00221.x>
- Watkins, C.E. & Milne, D.L. (2014). *The Wiley international handbook of clinical supervision*. John Wiley & Sons.
- Weinberg, H. & Rolnick, A. (2019). *Theory and practice of online therapy*. Routledge.



## Transdiagnostiske hjernespor

Forskning tyder på at psykiske lidelser kan forstås som et transdiagnostisk spekter.

Psykolog Irene Voldsbekk har forsket på sammenhengen mellom hjerneutvikling og psykisk helse. Avhandlingen hennes tar utgangspunkt i en dimensjonal forståelse av psykiske lidelser, i motsetning til den klassiske kategoriske diagnose-tilnærmingen. I stedet for å plassere mennesker i kategorier som angst eller depresjon plasseres de på et spekter fra frisk til alvorlig psykisk syk, avhengig av symptomuttrykk. Hun refererer også til empirisk forskning som har vist at hjerner på tvers av ulike psykiske lidelser ligner på hverandre.

Voldsbekk har undersøkt hjernen til barn og unge som allerede har en psykisk lidelse. I avhandlingen har hun sett på sammenhenger mellom ulike faktorer i omgivelsene, som skoleprestasjoner, sosiale ferdigheter og symptomer på psykiske lidelser. Deretter har hun undersøkt om disse mønstrene ser like eller ulike ut på tvers av lidelser og symptomer.

Hun har brukt hjerneavbildningsdata for å analysere sammenhenger mellom hjernestrukturer og psykiske helseutfall, samt kognitive, sosiale og miljømessige faktorer. Resultatene viser at slike mønstre er felles på tvers av ulike diagnoser og ulik grad av symptomer. Dette indikerer at det er en verdi i å forstå psykiske lidelser som et transdiagnostisk spekter.

Videre fant Voldsbekk en sammenheng mellom funksjonell hjerneaktivitet og fem dimensjoner av psykopatologi, som gjenspeiler en hierarkisk forståelse av psykopatologi. Autismespektrumlidelse var den eneste diagnosen som viste et spesifikt mønster av hjernefunksjon.

Kilde: UiO

FOTO: KIRSTEN SJØVALL



**IRENE VOLDSBEKK**

*Traces of psychopathology in the developing brain: Using brain covariance to disentangle similarities and differences between mental disorders in childhood and adolescence*

**DISPUTAS** 06.05.24,  
Universitetet i Oslo

## Psykologenes gjennomslag

Fra å være en mer eller mindre ukjent vitenskap i 1920 bidro psykologisk testing og psykoteknikken i arbeidslivet til å heve psykologprofesjonens posisjon i samfunnet.

Dette har Isak Lønne Emberland forsket på i sin avhandling, hvor han ser på psykoteknikkens betydning for profesjonalisering av norske psykologer fra 1920 til 1947.

Psykoteknikk var på denne tiden et begrep innenfor anvendt psykologi og reflekterte bruken av psykologiske tester for å kartlegge individers egenskaper og evner i arbeidslivet. Det ble særlig brukt for å sortere og klassifisere arbeidere etter hvor egnet de var for ulike jobber, og inkluderte IQ-tester, personlighetstester og fysiske tester.

I avhandlingen har Emberland satt søkelys på hvordan psykoteknikken har bidratt til å gi psykologer og psykologfaget en bredere samfunnsmessig legitimitet. Fra å være et relativt ukjent fagområde på 1920-tallet ble psykoteknikken innen 1947 sentral i argumentasjonen for å opprette et profesjonsstudium i psykologi ved Universitetet i Oslo.

Gjennom bruk av kunnskapsperspektiver og profesjonshistoriske perspektiver undersøker Emberland psykoteknikkens innflytelse blant norske psykologer og hvordan denne formen for kunnskap ble spredt til et bredt publikum.

Kildematerialet er hentet fra aviser, tidsskrifter, bøker og arkiver, og setter psykoteknikken inn i en bredere kulturell kontekst. Avhandlingen ser på interaksjoner og samarbeid mellom ulike profesjonsgrupper, og hvordan psykoteknikk kunnskap bidro til å gi psykologene arbeid utenfor akademia. Den analyserer også hvordan psykoteknikken produserte nye former for selvforståelse, spesielt hos ungdom på jakt etter arbeid.

Kilde: OsloMet

FOTO: OSLOMET / BENJAMIN A. WARD



**ISAK LØNNE EMBERLAND**

*Den omhyggelig planlagte livsbane. Psykoteknikken og profesjonaliseringen av norske psykologer 1920-1947*

**DISPUTAS** 31.05.24, Senter for profesjonsforskning (SPS), OsloMet

FOTO: KJELLINGE SØREIDE



**TEKST** Paul Leer-Salvesen, professor emeritus og forfatter

**MERKNAD** Artikkelen bygger på Leer-Salvesens bok *Etikk for profesjonelle* (2021).

## Håpets etikk

Terapirommene er en av de viktigste  
håpsinstitusjonene i samfunnet.

**T**erapeuter forteller om pasienter som i større grad enn før frykter fremtiden – sin egen fremtid og klodens fremtid. Dette gjelder ikke minst de som arbeider med unge mennesker i land som er hardere rammet av kriser enn Norge. En rekke land har nå en dramatisk høy andel ungdom utenfor arbeidslivet og boende hjemme hos foreldrene på overtid fordi de ikke har råd til å etablere seg og stifte familie. *Kronofobi* kalles denne spesielle, lammende frykten, eller tidsfrykt, fremtidsfrykt.

«Økoangst» er også et nytt begrep som mange med nær kontakt med ungdom forteller om. Den britiske forfatteren Kaya Burgess (2020) skriver at stadig flere unge mennesker søker hjelp for sin økoangst. De opplever at de blir bombardert av informasjon om alt som truer planetens fremtid. Frykten for jordas fremtid smelter sammen med frykten for egen fremtid og kan bli en uhåndterlig angst for unge, skriver Burgess. Hvordan kan helseper-

sonell bidra til at unge mennesker ikke får byttet ut sine håp og drømmer med fremtidsfrykt?

Det er to personer jeg vil trekke frem som kilder til inspirasjon. Vidt ulike i alder og fremtoning, men begge balanserer mellom å anerkjenne frykten og vekke håp i sine budskap. I januar 2019 sto den unge svenske klimaaktivisten Greta Thunberg foran noen av verdens mektigste ledere i Davos og holdt en uforglemmelig tale om håp og frykt. «Voksne sier alltid at de skylder de unge å gi dem håp», sa hun. «Men jeg vil ikke ha håpet deres. Jeg vil at dere skal få panikk. Jeg vil at dere skal handle som om huset brenner. For det gjør det.» (Min oversettelse; «*Our House Is on Fire.*», 2019). Det gjorde vondt å høre en 16 år gammel ungdom tale slik om fremtid og håp. Men Greta Thunberg har heldigvis uttrykt seg annerledes om fremtiden i andre sammenhenger. Hun har ikke gitt opp håpet om at vi er i stand til å endre våre praksiser og holdninger til natur og klima. Det er den naive tale om håp hun ikke lenger vil høre, den som sier «Sov nå, lille venn. Alt går bra til slutt.» Derfor bruker hun både faktabasert kunnskap og kraftfull retorikk i sine taler for å vekke oss voksne og få oss til å handle nå. Hun prøver en krevende balansegang der hun kombinerer frykt, realisme og håp.

«Håpets teolog» blir den 90 år gamle tyske tenkeren Jürgen Moltmann kalt. Han har skrevet boken *Ethics of Hope* (Moltmann, 2012), som blant annet tar for seg klimakrisen og frykten for økologisk kollaps. I begynnelsen av denne boken ligner Moltmann Greta Thunberg. Her skriver han at



ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK

det blir feil å sette realisme og håp opp mot hverandre som motsetninger. En bærekraftig etikk eller politikk må klare å kombinere realisme og håp. «Realismen lærer oss om virkeligheten, om hva som er. Håpet vekker vår sans for hva som er mulig, hva som kan bli», skriver han. Moltmann er også opptatt av at frykt er viktig og kan føre noe godt med seg. Den gjør oss i stand til å identifisere farer og ta fornuftige og kreative valg for å unngå dem. Uten frykt vil vi ligne folket i Pompeii som ikke klarte å tolke signalene fra vulkanen Vesuv og fortsatte sine liv som om ingen fare truet. Men møter vi fremtiden bare med frykt, vil den lamme og passivisere oss. Vi trenger både fryktens etikk og håpets etikk for å komme gjennom en krise, skriver Moltmann. Jeg mener at disse perspektivene er relevante for psykologer. Er ikke selve håpet om en forandring til det bedre noe av energien i enhver terapi?

Temaene frykt og håp er gamle i filosofiens historie. Aristoteles skrev om frykt i sin bok om retorikk på 300-tallet f.Kr. «Frykt kommer fra den smerte som oppstår når vi tegner mentale bilder av fremtidige onder», skriver han. Han mener at dette er noe av det som kjennetegner mennesket fremfor dyr. Vi kan forestille oss det som kommer og tegne bilder av det, både håpsbilder og fryktbilder. Kanskje vi skal være mer forsiktige med å uttale oss om forskjellene mellom mennesker og dyr. Her endres kunnskapsgrunnlaget hele tiden. Vi vet mer i dag om hvor like vi er enn Aristoteles visste. Men faktabaserte prognoser om hva som vil skje i fremtiden, er det bare mennesker som kan sette opp.

”

En bærekraftig etikk eller politikk må klare å kombinere realisme og håp

»



Terapeuten skal kunne formidle håp, men kan ikke fremstå så naivt optimistisk at det blir løgnaktig

Mediene er fulle av eksperter som gir fakta og prognoser til våre mentale bilder av hva som kan komme. Det er nødvendig. Vi må tåle realismen og støtte våre myndigheter når de treffer konsekvensrike valg på grunnlag av tilgjengelig kunnskap. Koronakrisen viste for eksempel at vi trenger ledere som tør å treffe modige beslutninger, og vi trenger helsepersonell som strekker seg langt for å sette dem ut i livet. En lignende balanse mellom realisme og håp er det nødvendig å finne i individuelle kriser.

Håp trenger næring. Det håpende menneske trenger noen signaler hun kan tolke som tegn på at det er liv på den andre siden av krisen, og at det finnes muligheter for å komme dit. Derfor kaster vi oss over nyhetene om at noen av de store internasjonale krisene synes å være under kontroll. Vi leser dem som meldinger om at trusler kan overvinnes. Men forutsetningen er jo at vi kan stole på informasjonen som kommer. Og her har både myndigheter og journalister en viktig oppgave å ivareta: De må være realister og fortelle sannheten. Folk tåler å høre den, og det motsatte, løgnen, tåles slett ikke. Det samme gjelder i terapi. Terapeuten skal kunne formidle håp, men kan ikke fremstå så naivt optimistisk at det blir løgnaktig. Balansen er vanskelig. Ikke minst i en tid da noen hver kan bli slått til jorden over katastrofemeldinger fra krigene som raser.

De viktigste håpsinstitusjonene som finnes i samfunnet, er etter min mening barnehagene, skolene og terapirommene. Hvis vi virkelig mener at alt går rett til helvete på grunn av klimakrise, kriger og pandemier, kan vi heller stenge disse institusjonene for godt. Skolen gir mening fordi den er bygget i troen på at det finnes en fremtid, og at det nytter å forberede seg på denne fremtiden. Et terapirom er bygget i tillit til at forandring og vekst er mulig. Er det ikke slik, bør det stenges. Terapeuter praktiserer håpets etikk. Det gjør også lærerne. Vi forsto at utdanningsinstitusjoner måtte lukkes ned en periode da pandemien brøt ut, men et av de store gjennombruddene for håpets politikk, skjedde den dagen de åpnet igjen.

Vi kan lære av Greta Thunberg og Jürgen Moltmann at det er mulig å kombinere realisme, frykt og håp. La oss lære av de tegnene på håp som finnes rundt oss: Mange ble friske igjen av covid-19. Laksen er tilbake i elvene langs kysten. Utslippene av klimagasser går ned. Barn, unge og voksne går på strendene og plukker plast. Og i terapirommene får daglig nye unge og eldre pasienter nytt mot til å leve videre. Det må være stort for en terapeut å oppleve når det blir slik for den som kommer! ✖

## REFERANSER

- Burgess, K. (2020). Young people seek help for anxiety over climate change. *The Times*. [www.thetimes.co.uk/article/young-people-seek-help-for-anxiety-over-climate-change-wqhggy2n](http://www.thetimes.co.uk/article/young-people-seek-help-for-anxiety-over-climate-change-wqhggy2n)
- Leer-Salvesen, P. (2021). *Etikk for profesjonelle*. Fagbokforlaget.

- «Our house is on fire.» 16 year-old Greta Thunberg wants action. (2019, January 25). World Economic Forum. <https://www.weforum.org/agenda/2019/01/our-house-is-on-fire-16-year-old-greta-thunberg-speaks-truth-to-power/>
- Moltmann, J. (2012). *Ethics of hope*. SCM Press.

# Meninger

## DEBATT

## Hva skal egentlig kommunen tilby?

I loven står det at kommunen skal gi «nødvendig helsehjelp», men vi mangler en konkret definisjon av hva dette innebærer. Konsekvensen er mye frustrasjon, lange ventelister og dårlig kvalitet i helsetjenesten.

### HVA ER EGENTLIG NØDVENDIG HELSEHJELP?

I loven står det at kommunen skal gi «nødvendig helsehjelp». Ved første øyekast kan det virke selvfølgelig, men er det egentlig det? Som psykolog i en av Norges største kommuner har jeg stadig blitt mer forvirret over hva som er nødvendig og ikke, der jeg prøver å navigere i hvem som skal få tilgang på de begrensede ressursene kommunen har til rådighet. Jeg er godt i gang med kursrekken i det obligatoriske programmet for samfunns- og allmennpsykologi, men jeg stusser over hvorfor ingen har fortalt meg dette før? Hva nødvendig helsehjelp faktisk vil si, både juridisk og i praksis, virker for meg å være et helt sentralt spørsmål å få avklart. Vårt kommunale psykiske helsevern utgjør en bærebjelke i hjelpeapparatet. Til tross for dette blir ikke «nødvendig helsehjelp» forklart hverken i utdanningen eller i spesialiseringen. En avklaring hadde hjulpet stort på frustrasjonen mange av oss kjenner på.

### PROBLEMET MED MANGLENDE AVKLARING

Møt Janne, en fiktiv dame på 43 år. Bak seg har hun 15 års erfaring med helsevesenet som

involverer flere selvmordsforsøk, kortvarig sporadisk rusbruk, et par tvungne og flere elektive innleggelses. Kontakten med spesialisthelsetjenesten har ført til at hun blant annet har fått diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Distriktspsykiatrisk senter (DPS) har begynt å gi avslag på henvisningene fordi hun ikke er vurdert til å ha nytte av hva de kan tilby. Fordi hun har hyppig kontakt med fastlegen, har kommunen vært koblet på i varierende grad gjennom årenes løp. DPS på sin side har ved flere anledninger også anbefalt at kommunen tar over stafettpinnen. Hun har fått oppfølging av rusteamet, miljøarbeiderne og prøvd kurs i bekymringsmestring som kommunen tilbyr. Janne har uttalt flere ganger at hun må ha oppfølging, ellers vil det gå galt med henne. Når fastlegen på ny søker om kommunale tjenester for Janne, blir det opp til meg å vurdere hva som skjer videre. I henvisningen står det at Janne bør få individuell oppfølging av psykolog, og at hun ønsker at oppfølgingen skal være langvarig. Hva kan jeg gjøre? Jeg har selv sittet på «den andre siden» på DPS og anbefalt at kommunen følger opp videre. På hvilken måte kommunen konkret skulle gjøre dette, visste »



**TEKST** Christian Sverdrup



FOTO: OSLO PSYKOLOGKONTOR

**KONTAKT**  
chr.w.sverdrup@gmail.com

**MERKNAD**  
Ingen oppgitte interessekonflikter.



Utover det finner jeg ingen oversikt over når en metode er kunnskapsbasert og ikke

jeg ikke da, og vet det egentlig ikke nå heller. Jeg får høre både internt i kommunen og fra spesialisthelsetjenesten at «det er kommunen som til syvende og sist skal gi innbyggerne et helsetilbud», et resonnement som blir et slags trumfkort mot alle innsigelser kommunen måtte ha om hvilken helsehjelp som skal gis til Janne, eller hvorvidt det skal gis noe i det hele tatt.

Magefølelsen har i økende grad fortalt meg at nødvendig helsehjelp ikke kan bety all helsehjelp. Etter en del graving og hjelp fra jurister finner jeg ut at jussen har dette klart for seg, så langt det juridiske strekker. I sin enkleste form betyr nødvendig helsehjelp det kommunen ønsker å satse på politisk som er over en forsvarlig minstestandard. Så lenge helsehjelpen som tilbys innbyggerne, er over den forsvarlige minstestandarden, har kommunen rett til å bestemme selv hva som er nødvendig og ikke. Hva som ligger i minstestandarden, baserer seg på faglig forsvarlighet og er et flytende og relativt begrep. Det må da bety at faglig forsvarlighet er en viss størrelse, og at nødvendig helsehjelp er en smalere del av denne størrelsen. Med andre ord kan helsehjelpen være forsvarlig, men ikke nødvendig, mens all nødvendig helsehjelp er forsvarlig. Det var ganske interessant for meg å oppdage utfallet av Fusa-dommen (Rt-1990-874 (291-90)) og tidligere forarbeider til gammel helselovgivning (Ot.prp. nr. 66 (1981-82)), som sier at kommunen ikke har en forpliktelse til å ruinere seg for å gi helsehjelp. Altså er det på ett eller annet tidspunkt et tak for hva kommunen skal gi Janne og andre pasienter. Ikke bare det, men at domstolene og Statsforvalteren ikke kan overprøve de faglige vurderingene som er gjort, utover å avgjøre om helsehjelpen som ble gitt, var over eller under minstegrensen.

#### EVIDENSBASERTE METODER SOM FORSVARLIG HELSEHJELP

*Opptrappingsplan for psykisk helse* (Meld. St. 23 (2022-2023)) sier at noe av det som regnes som forsvarlig helsehjelp, er å bruke kunnskapsbaserte metoder, men sier ikke noe om hvilke metoder det er. *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014) viser til at kunnskapsbaserte metoder kan være kognitiv atferdsterapi og motiverende intervju. Utover det finner jeg ingen oversikt over når en metode er kunnskapsbasert og ikke. Jeg har heldigvis lært en hel del om hva som er kunnskapsbasert og ikke, på profesjonsstudiet. Problemet er at når jeg forhører meg med annet helsepersonell med bachelor- og mastergrad som jobber i kommunen, er det få som kan svare på hvilke kunnskapsbaserte metoder som finnes. Her savner jeg rett og slett at de nasjonale veilederne er tydeligere på hvilke kunnskapsbaserte metoder som finnes, fordi det blir for sårbart at det angivelig kun er psykologer som får en omfattende innføring i hva det vil si at en metode er kunnskapsbasert eller ikke. Det er også kritikkverdige at det heller ikke nevnes noen kunnskapsbaserte metoder i høringsutkastet til den kommende veilederen for psykisk helse- og rusarbeid for voksne.

#### PRIORITERINGSVEILEDER UTEN PRIORITERINGSVEILEDNING

Et annet aspekt er prioriteringsveilederen som spesialisthelsetjenesten tar utgangspunkt i når de vurderer hvem som skal få hjelp. *Det viktigste først* (NOU 2018: 16) og *Nytte, ressurs og alvorlighet* (Meld. St. 38 (2020-2021)) anbefaler at prioriteringsforskriften bør gjelde i kommunehelsetjenesten. Sånn som det er nå, kastes kommunehelsetjenesten ut på et orienteringsløp utstyrt med kart, men mangler kompass. Uten klare kriterier for prioritering flyr kommunehelsetjenesten blindt rundt og vet

ikke hvem som skal hjelpes først, hvor mye helsehjelp som skal gis, eller hvem som skal få og ikke. Dagens kommunale praksis med at «alle skal få», holder ikke for fremtiden med økt press uten økte ressurser i form av arbeidskraft og økonomi. Jeg skulle ønske det kunne være tilfellet at vi bare kunne løse det med flere fagfolk og mer tid, men kan reelt sett ikke være optimistisk. Heldigvis er denne problemstillingen oppe til høring i løpet av høsten. Jeg krysser fingrene i håp om at høringen blir til en lovendring. Uavhengig av utfallet leser jeg heldigvis i *Opptrappingsplanen* (Meld. St. 23 (2022–2023)) at de oppfordrer hele helsetjenesten til å bruke nytte- og ressurskriteriet.

### NOEN AVSLUTTENDE HJERTESUKK

Min erfaring tilsier at det er lav forståelse om hva nødvendig helsehjelp er, hos behandlere, ledelsen og samarbeidspartnere. Jeg opplever at det er fastgrodde holdninger både i kommunen, spesialisthelsetjenesten og pasienter om at kommunen skal gi hjelp i alle tilfeller, og hjelpen bør være individuell og langvarig. Resultatet av disse holdningene er en ventetid som er rundt 7 ganger så lang som spesialisthelsetjenesten sin. Problemet er at disse holdningene skaper et system hvor pasienter som Janne får langvarig «Rolls-Royce»-behandling, mens mange ikke får noe fordi de begrensede plassene allerede er okkupert. Jeg synes det er helt uholdbart for alle dem som sitter årevis på venteliste fordi kommunen ikke har klart å etablere klare retningslinjer for hvilke pasienter som skal prioriteres og ikke. Rundt står fastlegene og spesialisthelsetjenesten og heier på at dette systemet opprettholdes. Det er på høy tid å heve kompetansen om hva nødvendig helsehjelp er, og få på plass en tydeligere arbeidsfordeling mellom partene. ✕

### REFERANSER

Rt-1990-874 (291-90). (Fusa-dommen).  
<https://jusboka.no/wp-content/uploads/2016/01/rt-1990-874-106a1.pdf?x22677>

Ot.prp. nr. 66 (1981–82).  
 Sosialdepartementet.  
[https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1981-82&paid=4&wid=b&psid=DIVL250&pgid=b\\_0219](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1981-82&paid=4&wid=b&psid=DIVL250&pgid=b_0219)

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20-%20Veileder.pdf>  
 NOU 2018: 16. *Det viktigste først*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/>

Meld. St. 38 (2020–2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet — Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/>

Meld. St. 23 (2022–2023). *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20222023/id2983623/>





# Brutalisering av seksualitet

Har den seksuelle frigjøring gått så langt at seksualiteten er blitt frigjort fra relasjonsbehovet?

**HVER FJERDE UNGDOM** har vært utsatt for minst ett tilfelle av seksuell vold, jenter oftere enn gutter. Dette er en dobling siden 2015. De fleste overgrepene skjer i ungdomsskolealderen og er begått av jevnaldrende (Frøyland et al., 2023). Når vi snakker om seksuell vold, snakker vi ikke om seksualitet og kjærlighet, men om seksualitet og aggresjon. Hvordan har aggresjon fått så stor plass i de unges seksualitet, og hva kan vi gjøre med dette?

For å besvare dette vil jeg belyse to forhold. Det ene er forholdet mellom seksualitet og relasjonsbehov, og det andre er mellom seksualitet og aggresjon. Hensikten er å utfordre vår tids nokså ensidige syn på seksualitet som noe som handler om kropp, grenser, samtykke, beskyttelse og nytelse (Sex og samfunn, 2022). Seksualitet handler først og fremst om relasjoner.

## SEKSUALBEHOV OG RELASJONSBEHOV

Seksualbehovet kan oppfattes som et eget behov som skal dekkes og tilfredsstilles slik som alle andre behov. For å oppnå dette må individet først og fremst selv eie sin kropp (med autonomi og grenser) og ha rett til å råde over sin seksualitet (velge sin partner). Slik har det ikke alltid vært, og det er fortsatt vanskelig i kulturer med streng kontroll over særlig kvinnens seksualitet. I den vestlige verden har den seksuelle frigjøringskampen sine røtter tilbake

til sekstitallet. Med legalisering av piller for «birth control» ble kvinner hjulpet ut av ufrivillig «reproduksjon». Kvinnens seksualitet med rett til å bestemme over egen kropp kom endelig på dagsorden. Seksualbehovet skulle tas på alvor – det skulle normaliseres og avmoraliseres. Seksualitet innebar nå frihet til å utforske, rett til å nyte og kunnskap om beskyttelse.

Det er også dette seksualundervisningen i norske grunnskoler kom til å handle om i vår tid. Elever oppgir at de ti hyppigste temaene i seksualundervisningen er prevensjon, kjønns sykdommer, kropp, graviditet, abort, sex, identitet, overgrep, grenser og nettvett (Sex og samfunn, 2022).

## SAVNET ETTER RELASJONER

Det viktigste temaet mangler, nemlig relasjoner. Seksualbehovet er ikke et selvstendig psykofysiologisk behov, men en forlengelse av vårt grunnleggende relasjonsbehov. Nytelse og orgasme er ikke seksualitetens endelige mål. De er også middel til å øke intimitet, nærhet, gjensidig glede og styrket tilknytning i relasjonen til en utvalgt partner. Som psykologer møter vi unge mennesker som har mange seksualpartnere (for eksempel «one night stands»), men er fortsatt ulykkelige. Seksualbehovet er dekket, men etter avskjeden morgenen etter oppstår det likevel en følelse av tomhet. Som



## TEKST

Zemir Popovac

## KONTAKT

zemir@favne.no

## MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter.

## ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen





## Sex er aldri bare sex

om den seksuelle kontakten fra kvelden før bar på et skjult håp, et savn, om en dypere relasjon. Dette avslører seksualitetens essens – en utdypet relasjon.

Hvor ble det av dette viktige perspektivet i den seksuelle frigjøringskampen og i dagens seksualundervisning på norske skoler? Har frigjøringen gått så langt at seksualiteten til og med er blitt frigjort fra relasjonsbehovet? Er tanken at «andre mennesker er til for å dekke mine seksuelle behov», heller enn at «seksualitet er til for å utdype relasjoner»?

Selv om (seksuell) lyst er en medfødt affekt (Panksepp, 2004), så er begjær aldri objektløst – det oppstår ikke i et vakuum, men er rettet mot eller trigget av et begjært objekt. Slik sett kan vi si at onani også er en relasjonell handling. Det involverer den imaginære andre, et begjært eller pirrende objekt i fantasien. Den andre er altså til stede i en selv, bevisst eller ubevisst. Selv ved fetisjisme, der det begjærte objektet kan være noe annet enn en person, vil objektet ofte være et substitutt for et helt menneske. Relasjonen er der, dog neddempet. Som psykologer møter vi også folk som er utro mot sine partnere. Utroskap handler sjelden bare om kroppslig nytelse, men også om søken etter en kontakt som man ikke finner eller ikke klarer å gi i den faste relasjonen. Sex er aldri bare sex.

### PORNOGRAFISERING AV SEKSUALITET

Ved å problematisere vår tids syn på seksualitet på den måten jeg gjør her, løper jeg en risiko for å bli misoppfattet som moraliserende eller for å mene at sex bare skal forbeholdes ekteskap. Det jeg mener, er at det er risikabelt å koble seksualitet fra relasjonsbehovet. Et høyst aktuelt eksempel på dette er pornografi. I den pornografiske verden finnes det ikke sårbarhet for avvisning eller følelsesmessig forpliktelse overfor en annen. Pornografi er seksualitet strippet for relasjonelt ansvar. Målet er ikke økt intimitet og nærhet i relasjonen. Den andre er til kun for ens egen nytelse.

Pornografi spiller også på det visuelle. Det er flombelysning og avstand mellom kroppene slik at alt kan sees i ulike vinkler. Den seksuelle akten er preget av selvsikkerhet, iscenesatte tydelige fysiske bevegelser og kropp som ikke ser ut som «normalkroppen».

Alt dette er langt unna det seksuelle i det virkelige liv. Usikkerhet og sårbarhet er en vanlig ingrediens, særlig i starten. Det handler om å

vise seg naken, både bokstavelig og i overført betydning. Å gi seg hen til en annen med fare for avvisning. Dette er det motsatte fra den pornografiske scenen, der kontroll, dominans og aldri avvisning er tilfelle.

### LEK OG INTIMITET

I den intime relasjonen i det virkelige liv er ikke det visuelle det viktigste, men det sanselige. Det er berøring, pust, hud mot hud, kroppsvarme og duft – det er å smelte sammen. Det er ofte forsiktige berøringer hvor man «føler seg frem» ved å følge den andre. Kroppene finner gradvis en rytmisk form, mer som en dans, og ikke som store, selvsikre bevegelser slik som i pornografien. Det meste av seksualiteten i hverdagen ligger heller ikke i selve sexen, men i blikkene og smilene paret sender til hverandre i løpet av dagen. Alle de små berøringene og kommentarene som deles, ofte med et budskap kjent bare for dem. Seksualitet, vervet i kjærlighetens tjeneste, handler om lek og intimitet.

Pornografi kobler seksualitet fra relasjonsbehovet, og i tillegg normaliseres aggresjon (og ikke kjærlighet) som den førende affekt i den seksuelle akten. Dette kommer til uttrykk gjennom ulike former for fornædning av seksuell partner. En omfattende studie om sammenhengen mellom seksuell vold og pornografi viser at tenåringer imiterer den voldelige praksisen de ser på pornografiske nettsted, gutter i større grad enn jenter (Rostad et al., 2019).

Dette er selve oppskriften på vulgarisering og brutalisering av seksualitet: først ved å kople den fra relasjonsbehov (les: «den andre er til kun for min egen nytelse») og deretter ved å la aggresjonen ta over styringen.

### SEKSUALITET OG SÅRBARHET

Seksualitet er en av drivkreftene for kontaktsøking og relasjonsbygging, men kontakten og relasjonen er aldri garantert. Seksualitet rommer derfor en sårbarhet – en risiko for avvisning, redsel for ikke å være god nok og en avhengighet av en annen person. Det er ulike måter å forholde seg til denne sårbarheten på. Noen drikker før de oppsøker eller sjekker opp en partner. Andre tør ikke engang når de er beruset. Mange vil kjenne på høy puls, føle på usikkerhet, men samtidig klare å stå i det. Andre igjen kan ha så dårlig toleranse for sin sårbarhet at de rett og slett bikker over i en dominerende og kontrollerende rolle. Her er

dominansen ikke et uttrykk for selvsikkerhet, men ens egen usikkerhet som vedkommende ikke klarer å utstå. Aggresjonen løfter en fra å være sårbar til å fremstå mektig og kontrollerende. Det er som regel denne varianten som finnes i pornografien.

### MAKT OG DOMINANS

Seksualitet som en forlengelse av relasjonsbehov kan derfor brukes i ulike måter å relatere seg til andre mennesker på, for eksempel via kjærlighet eller via aggresjon. Når seksualitet er vervet i kjærlighetens tjeneste, er den med på å øke intimitet og nærhet i relasjonen. Vi klarer å være sårbare og hengivne. Premien vi får for det, er økt nærhet. Når seksualitet derimot er vervet i aggresjonens tjeneste, snakker vi om makt og dominans. Målet er ikke økt nærhet gjennom felles nytelse, men å føle seg mektig. Istedenfor økt intimitet vil den som utsettes for makten, ofte føle på økt skam.

For overgriperen ligger ikke nytelsen bare i orgasmen, men også i opplevelsen av overtak, eller sadistisk fryd over å fornære eller narsissistisk kontrollere et annet menneske. Seksualitet forgiftet av aggresjon er ikke lenger seksualitet, men perversjon (Kernberg, 1992). Den kuppes av aggresjonen og brukes som et middel for et aggressivt utløp. Det er dette som utgjør seksuell vold.

Heterofili, homofili, bifili, alle med -fili (fra gresk philia: «kjærlighet, vennskap»), er uttrykk for seksualitet vervet i kjærlighetens tjeneste. Seksualitetens rolle her er nettopp å tjene relasjonsbehovet ved å øke nærhet og intimitet, og styrke relasjonen gjennom felles nytelse. Et betydelig unntak er begrepet «pedo-

fili», som ikke har noe med «fili», altså kjærlighet, å gjøre. Her er det ikke snakk om to likeverdige parter, men om asymmetri i relasjonen knyttet til makt, kontroll, behov, sårbarhet og avhengighet. Å krenke barnets kropp og barnets utviklingspsykologiske behov er ikke en handling av kjærlighet, men en akt av aggresjon. Et mer passende begrep ville være pedokatahrisi (fra gresk katachrisi: «misbruk, overgrep»).

### KUNNSKAP OM RELASJON OG AGGRESJON

For å lykkes med forebygging av seksuell vold blant unge er det minst to ting vi kan gjøre mer av. Det ene er å øke de unges bevissthet om at seksualbehovet er en forlengelse av menneskets grunnleggende relasjonsbehov. Seksualitetens endelige og eneste mål er ikke nytelse, men relasjon. Når relasjon ikke nevnes blant de ti hyppigste temaene i seksualundervisningen, er det et tegn på at vi har en del å gå på her.

Det andre vi kan gjøre mer av, er å snakke mer om aggresjon. Seksualitet som verves i aggresjonens tjeneste, er ikke lenger seksualitet, men perversjon. Det er dette som fører til seksuell vold. Aggresjonens rolle må avsløres fordi den er forførende – den kan lett brukes til å skjule ens egen sårbarhet og isteden inngi en opplevelse av makt. Usikre ungdommer kan lett falle for dette. Vi må normalisere sårbarhet som en del av seksualitet, og som motgift mot brutalisering må vi løfte frem verdier som omhet og hengivenhet.

Seksualundervisning foregår ikke bare i klasserommet – vi har alle et ansvar, og vi kan alle bidra. Både gjennom samtaler med våre ungdommer, og enda mer som rollemodeller. ✕



Det er dette som fører til seksuell vold

### REFERANSER

- Frøyland, L. R., Lid, S., Schwencke, E.O. & Stefansen, K. (2023). *Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007–2023*. NOVA Rapport 11/23. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/3083676/NOVA-Rapport-11-2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kernberg, O. (1992). *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. Yale University Press.

- Panksepp, J. (2004). *Affective Neuroscience*. Oxford University Press.
- Rostad, W.L., Gittins-Stone, D., Huntington, C., Rizzo, C.J., Pearlman, D. & Orchow-ski, L. (2019). The association between exposure to violent pornography and teen dating violence in grade 10 high school students. *Archives of Sexual Behavior*, 48(7), 2137–2147. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1435-4>

- Sex og samfunn. (2022). *Seksualundervisning i skolen. En kartlegging av elevs og læreres erfaringer og ønsker*. Rapport. <https://sexogsamfunn.no/wp-content/uploads/2022/02/Rapport-seksualitetsundervisning-i-skolen.pdf>

# Helseregionenes utdaterte og uriktige syn på kjønnsmangfold

Kjønnsbekreftende behandling av barn og ungdom er internasjonalt godt dokumentert og vel etablert.

**TEKST** Esben Esther Pirelli Benestad og Elsa Almås



FOTO: PRIVAT

FOTO: PETER LUKAS

**KONTAKT**  
elsa.almas@uia.no

**MERKNAD**  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

**OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS** har i 2024 fått i oppdrag fra helseregionene å utrede hvordan det kan legges til rette for utprøvende behandling av barn og unge med kjønnsinkongruens. Argumentene som fremføres, er at det er lite forskningsbelegg for kjønnsbekreftende medisinsk behandling av barn og ungdom, og at den dermed må være del av utprøvende (eksperimentell) forskning. Videre argumenteres det for at langtidsvirkningene av behandlingen er ukjent, og at mange senere angret på at de har gjennomgått kroppsjusterende behandling. Grunnlaget for dette oppdraget er i stor grad bygget på en UKOM-rapport, rapport fra den svenske Socialstyrelsen og Cass-rapporten fra England. Ingen av disse viser til den omfattende dokumentasjonen som faktisk eksisterer.

Vi mener at argumentene helseregionene bygger sitt forslag på, bør tilbakevises, og at oppdraget må skrinlegges.

## GODT DOKUMENTERT

Pubertetsutsettende behandling ved opplevd kjønnsinkongruens har vært praktisert siden begynnelsen av 1990-tallet. Behandlingen er vitenskapelig godt dokumentert, blant annet gjennom Standards of Care (SOC-8), som viser at pubertetsutsettelse og deretter eventuelt

behandling med hormontilskudd bidrar til bedre psykisk helse. Mangel på behandling, derimot, bidrar til angst, depresjon, suicidalitet, og at normalutvikling i sosialt liv, skole og arbeid stopper opp. Det er verdt å merke seg at store endokrinologiske fagmiljøer anbefaler medikamentell kjønnsbekreftende behandling av barn og ungdom på grunn av de ønskede virkningene.

Den dokumentasjonen som ennå kan være ufullstendig, gjelder de virkelig lange langtidsvirkningene både av pubertetsstopp og av hormontilførsel. Flere tiårs observasjon må til før dette er etablert. Slike krav stilles ikke til noen behandlingsform.

Fortsatt forskning på de lange langtidsvirkningene av kjønnsbekreftende behandling er selvfølgelig ønskelig. Mye forskning pågår internasjonalt på området kjønnsinkongruens. Det er også verdt å merke seg at World Association for Transgender Health ikke anser pubertetsutsettelse eller hormontilskudd til personer under 18 år som utprøvende (eksperimentell).

## DET ER FÅ SOM ANGRER

På tross av et økende antall personer som søker kjønnsbekreftende behandling, observeres det svært lite «angring» etter kjønnsbekreftende

behandling. De fleste studier finner at 1–3 % detransisjonerer i ettertid. Det er mange og komplekse årsaker til at noen detransisjonerer; det dreier seg ikke først og fremst om en opplevelse av å ha tatt feil av sin opplevde kjønnsidentitet, men oftere om tap av hjem og familie, tap av kulturell og religiøs tilhørighet, samt om sykdomsstempling i det offentlige rom. Vi mener det ikke er holdepunkter for å bruke risiko for å «angre» som argument for oppdraget Oslo universitetssykehus er tildelt; de aller fleste transpersoner rapporterer at de er tilfredse med behandlingen.

### PSYKOTERAPI SOM KONVERSJONSBEHANDLING

En del av motivasjonen for å skulle definere kjønnsbekreftende behandling som utprøvende er påstanden om at psykoterapeutisk behandling skal gjøre det unødvendig å forsinke puberteten eller gi kjønnsbekreftende behandling (se Lilleeng, 2024). Når psykoterapi tas i bruk med hensikt om å endre eller påvirke en persons opplevelse av seg selv og egen identitet, er dette å regne som konversjonsbehandling. Noe som øker risiko for psykisk uhelse og selvmordsforsøk, særlig for de aller yngste.

### BRUKERMEDVIRKNING NEGLISJERES

Forskning må ivareta interessene til de menneskene den angår. Brukermedvirkning for mennesker med kjønnsinkongruens er allerede neglisjert; kjønnsbekreftende medikamentell behandling er ikke bare ønsket, men etterlengtet hos brukerne, og det er allerede store mangler i behandlingstilbudet. Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens (PKI) har pekt på at beslutninger om behandling for barn og unge transpersoner er påvirket av en debatt som har blitt betent og vanskelig, og at det å frata noen behandling ikke er faglig begrunnet, men i strid med gjeldende internasjonale anbefalinger.

Det foreligger grunnleggende praktiske og etiske betenkeligheter ved å legge opp til utprøvende behandling. Det er for eksempel ikke mulig å gjennomføre blindete studier der klientene ikke vet om de får hormoner eller placebo. I tillegg vil mange ha et sterkt ønske om å få behandling, og derfor være tilbøyelige til å underkaste seg forskning, bare for å få hva de ønsker. En slik «gulrot» i forskning er etisk sett svært problematisk.

Fram til Esben Esther Pirelli Benestad ble fratatt sin autorisasjon som lege, behandlet hen alene to–tre hundre klienter årlig. Mange transpersoner opplever seg dårlig behandlet på Rikshospitalet, og søker alternative behandlingstilbud for å slippe å bli utsatt for ubehagelige opplevelser. Det har også vært et kriterium å identifisere seg binært, som mann eller kvinne, for å få behandling ved Rikshospitalet. Det betyr at ikke-binære har blitt avvist.

### MONOPOLISERING GIR ENSRETNING

Mange land har opprettet flere behandlingssteder, noe som sikrer lettere tilgjengelighet for behandling, og gir mulighet for «second opinion». I Sverige er det fem behandlingssteder, i Danmark tre.

Et stort problem med det monopoliserte behandlingstilbudet i Norge er at det er basert på en forståelse av fenomenet trans, eller kjønnsinkongruens, som mange klienter opplever respektløst og trakasserende. Rikshospitalet bruker synspunkter som fremføres av blant annet Society for Evidence Based Gender Medicine (SEGM), som er kjent for en kritisk holdning til kjønnsbekreftende medisinsk behandling av transungdom, og for å engasjere seg i politisk lobbying mot slik behandling. SEGM viser

ofte til begrepet «Rapid Onset Gender Dysphoria» (ROGD), som det ikke finnes forskningsmessig evidens for.

SEGM har også hevdet at konversjonsterapi ikke omfatter kjønnsidentitet, bare seksuell orientering. SEGM blir ofte sitert i dokumenter som motarbeider tilgang til medisinsk kjønnsbekreftende behandling, nå også av fagdirektør i Helse Sør-Øst, Ulrich Spreng, som uttalte til NRK: «De aller fleste pasientene får veiledning. De får råd. De får også psykoterapeutisk behandling, som gjør at det ikke er nødvendig å forsinke puberteten eller gi kjønnsbekreftende behandling» (Lilleeng, 2024).

SEGM er ikke anerkjent som en vitenskapelig organisasjon; forskere ved Yale School of Medicine beskriver SEGM som en liten gruppe transaktivister, og talsmann for Endocrine Society beskriver dem som utenfor det medisinske samfunn. Overlege Anne Wæhre, som har ansvar for behandling av barn som opplever kjønnsinkongruens ved Rikshospitalet, sto på talerlisten for foreningens møte i New York i 2023.

### PATOLOGISERING AV KLIENTER

Fagmiljøet på Rikshospitalet er ikke entydig, men det har tradisjon for å patologisere klienter som søker kjønnsbekreftende behandling, blant annet ved bruk av omfattende psykiatrisk utredning bestående av spørreskjemaer som ber om svært privat og ikke relevant informasjon. Deler av fagmiljøet der representerer holdninger som er i utakt med de viktigste internasjonale forskningsmiljøene. Da er det kanskje ikke så overraskende at helseregionene også presenterer anti-transholdninger og gjør seg til talspersoner for konversjonsbehandling.

Vår bekymring er at helsebyråkratene har hentet informasjon fra for ensidige kilder, og har kommet til å gjøre den klientgruppen de egentlig skal ivareta, en bjørnetjeneste. ✖

### REFERANSER

Lilleeng, S. (2024, 18. april). Har stramma inn tilbud til transpersoner: – Behandler færre før de blir 18 år. *NRK.no*. [https://www.nrk.no/trondelag/har-stramma-inn-tilbud-til-transpersoner\\_-\\_-behandler-faerre-for-de-blir-18-ar-1.16841653](https://www.nrk.no/trondelag/har-stramma-inn-tilbud-til-transpersoner_-_-behandler-faerre-for-de-blir-18-ar-1.16841653)

# Nei til ekstrem boikott

Boutaleb og Rossland tar til orde for ensidig aktivisme basert på mangelfull kunnskap.



**TEKST** Eirik-Kornelius  
Garnes-Lunde



FOTO: PRIVAT

**KONTAKT**  
Eigalu@hotmail.com

**MERKNAD** Garnes-Lunde er vikarprest i et kirkesamfunn som driver kirkelig arbeid i Israel.

**SAMTIDIG SOM JEG** skriver dette, går dokumentaren om massakren på Supernovafestivalen i Israel 7. oktober 2023 på TV. Der ble 370 mennesker, de fleste unge, myrdet med kaldt blod. De skulle nyte helgen på trancefestival, men ble ofre for en grusom massakre. Videre ble mange hundre sivile fra landsbyene i området rundt Gaza drept og kidnappet. Det er dette som er den utløsende årsaken til tragedien som utspiller seg i Gaza. Det var ingen krig før terroren 7. oktober.

Det er av den grunn forstemmende å se at Boutaleb og Rossland (2024) ønsker å ensidig ramme Israel gjennom boikott, desinvestering og sanksjoner (BDS). Psykologer skal selvsagt arbeide forebyggende, og vi må på bakgrunn av vårt etiske rammeverk også engasjere oss når menneskerettigheter krenkes. Det er derfor gode grunner til å kritisere Israel på like fot som andre stater. For å ikke skade profesjonens anseelse må dette engasjementet likevel være informert og balansert. Det har jeg vanskelig for å se at er tilfelle med Boutaleb og Rosslands aktivisme og «Psykologopprop mot folkemord i Gaza», som de henviser til i sitt innlegg.

## MANGLENDE FORSTÅELSE

Mitt viktigste ankepunkt mot debattinnlegget deres er den totale mangelen på forstå-

else for de vedvarende konsekvenser det historiske jødehatet og angrepet 7. oktober har for jøder. Psykologer bør ha forståelse for at svært mange (israelske) jøder lever i frykt for terror og militære angrep med hensikt om å utslette Israel. Siste måling fra et av de palestinske statistikkbyråene viser at 71 % av innbyggerne i Gaza støtter Hamas' opptreden den 7. oktober (Palestinian Center for Policy and Survey Research, 2024). Israelske jøder kan derfor med god grunn frykte for fremtiden. Angrepet 7. oktober tydeliggjorde at jøder lever i fare for stadig nye angrep. Ensidig BDS-aktivisme mot Israel oppleves svært urettferdig av israelere som lever i skyggen av Holocaust og nå har opplevd nye massakrer og at mange har liten sympati for gislene som Hamas fortsatt har i sitt fangenskap.

Boutaleb og Rossland henviser til «Psykologopprop mot folkemord i Gaza», og jeg vil anta at de gir uforbeholden støtte til dette oppropet. Påstandene som fremkommer i oppropet, er etter mitt syn svært problematiske.

## UTILSTREKKELIG FAKTAGRUNNLAG

For det første påstås det skråsikkert at det begås et folkemord i Gaza. Folkerettsjurister er uenige om dette kan kalles et folkemord (Andresen, u.å.; Sævik, 2024). Folkemordkonvensjonen er



**7. OKTOBER** Folk besøker et minnemerke for Supernovafestivalen hvor mennesker ble drept og kidnappet under angrepet av Hamas-soldater den 7. oktober. Foto: Dylan Martinez / NTB Scanpix

krevene, men det er sentralt å bedømme intensjonen når det skal vurderes om massedrap er et folkemord: at en (stat) ønsker å helt eller delvis utsette en (i dette tilfellet) nasjonal gruppe. Det som taler mot at Israel utfører et folkemord, er at Israel ofte varsler gjennom tekstmeldinger før de bomber et område, og at det gjøres vurderinger av målets verdi opp mot sivile tap. Det fremstår dermed langt fra så sikkert at Israels intensjon er å utsette hele befolkningen, særlig sett i lys av Israels store militære kapasitet.

Grunnen til at det er viktig å ikke bruke begrepet folkemord før Israels intensjon er fastslått, er at en anklage om folkemord umuliggjør en balansert debatt om Israels krigføring. Den svartmaler landets militære, og dermed landet selv. All den tid Israel på en særlig måte rammes av rasistisk hat som verdens eneste jødiske stat, bør kritikken mot dem være korrekt og balansert.

### UTILSIKTET STØTTE TIL TERROR

For det andre opplyser oppropet oss om at «over 1 % av Gazas barn, kvinner og menn er drept», helt uten å ta hensyn til at store andeler av de drepte antas å være terrorister fra Hamas (Ismaeli, 2024). Oppropet overser at Hamas er kjent for å gjemme seg blant sivile (Casert, 2023), og gir etter mitt syn inntrykk av at Israel bomber Gaza uten å ta noen hensyn.

For det tredje er det urovekkende at oppropet oppfordrer til boikott av israelske institusjoner med bånd til staten, mens det samtidig oppfordres til samarbeid med palestinske utdanningsinstitusjoner uten vilkår. I et autoritært samfunn som det Hamas har etablert på Gaza, er det van-





... det er viktig å ikke bruke begrepet folkemord før Israels intensjon er fastslått

skelig å se for seg at ikke universiteter og forskningsinstitusjoner tvinges til å støtte Hamas-staten i deres terrorangrep på sivile, blant annet det som skjedde 7. oktober. Oppropets oppfordring til samarbeid med palestinske institusjoner vil i ytterste konsekvens kunne føre til at man støtter terror, samtidig som israelske akademikere som er krigsmotstandere, mister muligheter bare fordi de jobber ved et israelsk universitet.

#### UTILRÅDELIGE LØSNINGER

Den ene av forfatterne av innlegget oppgir å være en del av Palestinakomiteens BDS-utvalg. Palestinakomiteen er en gruppering som sammen med BDS-bevegelsen ønsker å oppløse Israel som jødisk stat, og skape en stat der jøder etter all sannsynlighet havner i mindretall. Ettersom store andeler av den palestinske befolkningen støttet Hamas' angrep på jødiske sivile 7. oktober (Palestinian Center for Policy and Survey Research, 2024), er det grunn til å anta at jøder vil leve svært utrygt i en slik stat. Det er ikke usannsynlig at en slik løsning vil føre til en etnisk rensing av jøder som vil få den nåværende Gazakrigen til å fremstå som lite brutal (Snoen, 2024). Syv millioner jøder, hvorav mange enten selv er etterkommere fra holocaustofre eller jøder som måtte flykte fra arabiske land, vil trolig igjen (i beste fall) drives på flukt.

Jeg håper ingen av Psykologforeningens medlemmer unngår å bli berørt av det som skjer i Gaza. Ei heller den velbegrunnede frykten israelske jøder opplever. Ettersom de faktiske forholdene er mye mer komplekse enn det som fremkommer i Boutaleb og Rosslands innlegg og oppropet de viser til, er det likevel grunn til å være tilbakeholdne med ensidig aktivisme mot Israel. Ikke minst fordi vi som profesjon må kunne hjelpe alle pasienter, også jøder. Dette vil neppe bli enkelt dersom psykologer og Psykologforeningen støtter ekstrem BDS-politikk, slik innlegget tar til orde for. ✕

*Les Boutalebs og Rosslands tilsvar på neste side.*

#### KILDER

Andresen, N.A. (u.å.). *Minervapodden: Cecilie Hellestveit*. Hentet 2. juli 2024, fra <https://www.minerva.no/cecilie-hellestveit-gaza-israel/minervapodden-cecilie-hellestveit/448877>

Boutaleb, N. & Rossland, M. (2024, 17. juni). Krever handling mot folkemord. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2024/06/krever-handling-mot-folkemord>

Casert, R. (2023, november 13). EU nations condemn Hamas for what they describe as use of hospitals, civilians as 'human shields'. *Associated Press*. <https://>

[apnews.com/article/european-union-condemn-hamas-human-shields-2c0d1c04cb38fc4acce37d8d624e1a3f](https://apnews.com/article/european-union-condemn-hamas-human-shields-2c0d1c04cb38fc4acce37d8d624e1a3f)

Ismaeli, A. (2024, 16. april). Hvor sterkt står Hamas etter et halvt år med krig mot Israel? *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/verden/i/9zgd2l/hvor-sterkt-staar-hamas-etter-et-halvt-aar-med-krig-mot-israel>

Palestinian Center for Policy and Survey Research. (2024, 20. mars). *Press Release: Public Opinion Poll No (91)*. <https://www.pcpsr.org/en/node/969#:~:text=satisfaction%20>

[with%20the%20role%20of%20Hamas%20remains%20stable%20at%2070%25%20](https://www.minerva.no/demokrati-frihet-israel/hamas-fra-elven-til-havet/449590)

Snoen, J. (2024). Hamas fra elven til havet. *Minerva*. <https://www.minerva.no/demokrati-frihet-israel/hamas-fra-elven-til-havet/449590>

Sævik, T.H. (2024, 16. januar). – Skal svært mye til for at Israel blir dømt. *Dagen*. <https://www.dagen.no/nyheter/skal-svaert-mye-til-for-at-israel-blir-domt/>



# En arrogant anklage om terror-støtte

Det er ingen motsetning mellom å forvente at psykologer tar til orde for en boikott av staten Israel, og samtidig ha forståelse for at alle israelske borgere opplever frykt.

**FORSTÅELSE AV MENNESKELIG** lidelse er kjernen i vår profesjon som psykologer. Når vi i ni måneder har vært vitne til lidelser vi ikke kan forestille oss omfanget av, bør dette vekke en dyp faglig følelse av både urettferdighet og empati. Over 38.000 mennesker er drept, hvorav over 15.000 er barn. I tillegg er over 80.000 skadet, og over 21.000 barn er savnet. At Garnes-Lunde (2024) ikke kan akseptere vår fordømmelse av denne påførte lidelsen uten å beskyldte oss for kunnskapsløshet og ensidig aktivisme, forundrer oss.

At Garnes-Lunde ønsker å ta i bruk billige hersketeknikker for å trekke i tvil vår kunnskap og intensjon, får stå for hans regning. I sitt forsøk på å trekke vår troverdighet i tvil mener vi han snubler i åpenbare urimeligheter.

Vi ser ikke hensikten i å diskutere om intensjonen bak grusomhetene på Gaza tilfredsstillende Garnes-Lundes krav om folkemord. Vi har til forskjell fra ham våre tvil om at en folkerettsdomstol vil frikjenne en intensjon om folkemord basert på at befolkningen ble varslet om angrep via tekstmelding. Men vi er helt enige med ham om at dette er et massedrap. Så får resultatet av etterforskningen til ICJ (menneskerettighetsdomstolen) senere avklare riktig ordbruk.

## EN ARROGANT ANKLAGE OM TERROR-STØTTE

Garnes-Lunde forsøker å gjøre vår fordømmelse av drap på sivile om til utilsiktet støtte

til terror. Dette gjør han blant annet ved å referere til antakelser om at det skal være Hamas-medlemmer blant de drepte på Gaza. Ved å rette såpass grove anklager mot oss, uten noen saklig begrunnelse, forsøker han å ta oppmerksomheten vekk fra det faktum at det pågår en systematisk og totalt uproporsjonal krigføring mot en befolkning som er sperret inne på et lite område. Flere flyktningleirer og såkalte trygge soner har blitt målrettet angrepet. Lørdag 13.07.2024 ble flyktningleiren Al-Mawasi bombet i jakten på én Hamas-leder. Mer enn 90 sivile ble drept, over 300 såret. Vi mener nok at skarp fordømmelse av dette og lignende angrep neppe bør karakteriseres som utilsiktet støtte til terror (Wikan & Waaler, 2024).

## KRITISK TIL EN REELT DEMOKRATISK STAT

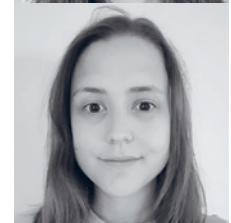
Videre stiller vi oss undrende til artikkelforfatterens kritikk av vårt og BDS-bevegelsens (boikott, deinvesteringer og sanksjoner) ønske om en stat der alle borgere har samme status og samme rettigheter, det vil si det vi ellers stiller som krav til en reell demokratisk stat. Garnes-Lunde ser ut til å tro at en stat med like rettigheter for alle innbyggere vil føre til en fare for den jødiske befolkningen i Israel. Likevel virker han ikke bekymret over den faktiske realiteten: at Israel i dag gjennom lovgivning fremhever én religiøs gruppes status over alle andres. I 2018 vedtok Knesset (2018) «The Basic Law: Israel - the Nation-State of the Jewish People», en lov som sikrer særegne rettigheter for den jødiske



**TEKST** Nora Boutaleb og Mali Rosslund



FOTO: PRIVAT



**KONTAKT** mali.rossland@gmail.com

## MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter.



Boikott, deinvesteringer og sanksjoner er ikke en straff mot enkelt-individer ...

befolkningen. Loven har som intensjon å sikre og fremheve statusen, kulturen og religionen til én religiøs gruppering (Fuchs, 2023). Vi lurte på hvordan Garnes-Lunde stiller seg til at denne særstillingen av jøder i Israel går på bekostning av rettighetene til andre israelske statsborgere som for eksempel muslimer og kristne.

Garnes-Lunde oppgir at hans «[...] viktigste ankepunkt mot debattinnlegget deres (Boutaleb & Rosslund 2024, min merknad) er den totale mangelen på forståelse for de vedvarende konsekvenser det historiske jødehatet og angrepet 7. oktober har for jøder». Han kommer her med en påstand han, etter hva vi kan forstå, trekker ut av vår oppfordring om å sanksjonere staten Israel for sin okkupasjon, dokumenterte apartheidpolitikk og sitt plausible folkemord (eller som vi ble enige om: masse-drap) på Gaza. For oss er det ingen motsetning mellom å forvente at psykologer tar til orde for en boikott av staten Israel, og samtidig ha forståelse for at israelske borgere, både jøder og ikke-jøder, opplever frykt. En frykt som har vært til stede både før og etter 7. oktober, også gjennom de 76 årene staten Israel har begått folkerettsbrudd.

På bakgrunn av de konsekvenser den høyreekstreme israelske regjeringens politikk har for både sine statsborgere og befolkningen på Vestbredden og Gaza, mener vi at det er vår plikt å sørge for at de presses av det internasjonale samfunnet til å innfri BDS-bevegelsens tre krav:

- 1 Ende okkupasjonen og rive den folkerettsstridige muren på Vestbredden
- 2 Anerkjennelse den fundamentale retten arabisk-palestinske statsborgere av Israel har til like rettigheter
- 3 Respekt og legge til rette for de palestinske flyktingenes rett til retur til sine hjem og eiendommer som beskrevet i FN-resolusjon 194

Vi finner det betenkelig at Garnes-Lunde ser ut til å utelate alle andre borgere av Israel i sin kritikk av denne oppfordringen.

Boikott, deinvesteringer og sanksjoner er ikke en straff mot enkeltindivider, og er ikke et ekstremt tiltak. Det er et politisk og økonomisk virkemiddel for å presse en stat til å respektere grunnleggende menneskerettigheter og avslutte sin undertrykkende politikk. Norge boikotter og sanksjonerer allerede 27 land (Regjeringen, 2023) for brudd på folkeretten, og vi ser ingen gode argumenter for at Israel skal behandles annerledes.

Garnes-Lunde sitt ønske om å male et historisk bilde med enkle penselstrøk kommer tydeligst frem i påstanden «det var ingen krig før 7. oktober».

På samme måte som han snublende forsøker å betvile vår kompetanse ved å komme med halvsannheter, antakelser og feilslåtte anklager, avslører han at han ignorerer den historiske konteksten til fordel for en grov forenkling av virkeligheten.

I motsetning til Garnes-Lunde har vi såpass tillit til våre psykologkollegaer at vi tror det går an å fordømme en stats krigsforbrytelser og plausible folkemord og samtidig evne å yte hjelp til alle pasienter. ✖

## REFERANSER

Fuchs, A. (2023). Nation-State Law Explainer. *The Israel Democracy Institute*. <https://en.idi.org.il/articles/24241>

Garnes-Lunde, E-K. (2024). Nei til ekstrem boikott. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2024/07/nei-til-ekstrem-boikott>

Knesset (2018). *Basic law: Israel – The Nation State of The Jewish People*. <https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:EU:87927439-199f-4fe8-b297-afa3b23a6661>

Regjeringen (2023). Sanksjoner. *Utenriksdepartementet*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/utenriksaker/Eksportkontroll/sanksjoner-og-tiltak1/sanksjoner-og-tiltak/id2008477/>

Wikan, V.S. & Waaler, I.E. (2024). 90 personer meldt drept: – Jeg kan ikke tro jeg fremdeles er i live. *NRK.no*. <https://www.nrk.no/urix/israel-angrep-flyktingleir-i-gaza-1.16963802>



ANDERS LØKKEBERG er spaltist i augustutgaven.

# Fra skam til stolthet: en skeiv psykologs beretning

For å møte, forstå og hjelpe skeive pasienter på best mulig måte trengs mer enn psykologiske teorier.

**E**n gang i tiden var psykologiske teorier om skeive mest opptatt av hva som hadde gått galt, og hvorfor noen utviklet en skeiv og unormal seksualitet og kjønnsidentitet. Så forsvant homoseksualitet ut av diagnosemanualene på 70-tallet, og forsvant gjorde også psykologenes blikk på oss skeive. Det virker i alle fall slik for meg, som i løpet av studietiden bare hadde en kort, liten forelesning om «homoseksualitet», som egentlig var én time med refleksjon uten teoretisk forankring. Vi snakket først og fremst om at det kan være vanskelig «å komme ut av skapet». Og jo da. Det å komme ut var kanskje det største vendepunktet i mitt liv. Min katarsis, om du vil. Men for å hjelpe våre skeive pasienter må vi bidra med mer enn sympati for at det er vanskelig å komme ut. Vi må hjelpe dem med å se hvordan det å vokse opp som skeiv i dagens samfunn kan gjøre livet vanskelig, og bygge opp under stolthet i deres skeive identitet. For å gjøre det må vi bruke mer enn psykologiske teorier.

Nå kunne jeg gått videre til å skrive om hvilke teorier jeg mener psykologer bør kunne i møte med skeive pasienter, og hvordan det brukes i affirmativ terapi, men jeg har lyst til å gi en

mer praksisnær vinkling på temaet. Etter flere år som psykolog ved Skeiv Verden med utelukkende skeive pasienter har jeg nok av kasuser. Men siden det skeive miljøet i Norge er lite, velger jeg av personvern hensyn å heller utlevere meg selv. Jeg håper at jeg ved å fortelle om min egen reise til den stolte homoen jeg er i dag, kan inspirere dere, mine kjære kollegaer, til å bevege dere utenfor de psykologiske teoriene når dere møter skeive pasienter.

## LIVSLØGNEN I SKAPET

Jeg var i skapet i ni år før jeg kom ut som homo-fil. Eller sagt på en annen måte: Fra jeg var 12 til jeg var 21 år gammel, løy jeg til andre og til meg selv om at jeg var heterofil. Jeg føler det bedre illustrerer hvordan det var for meg å være i skapet. Det var en livsløgn jeg ikke forsto konsekvensene av. Jeg undertrykte plagsomme tanker og følelser så godt jeg kunne, for å minimere den psykiske smerten de skapte. Jeg håpet de etter hvert ville forsvinne. Det er en velprøvd strategi, uten særlig gode resultater å vise til.

Forsvaret mitt brast en natt i desember 2015. Jeg ble svimmel, kvalm og umiddelbart dårlig i magen (og man trenger ikke være psykody- »

## NYE STEMMER

En spalte hvor yngre psykologer deler sine betraktninger fra fagfeltet.



Den konstante overvåkingen av min egen væremåte gjorde meg utslitt

namiker for å forstå den reaksjonen). Én time tidligere hadde jeg gått på rommet mitt for å legge meg etter et julebord, mens nattens nachspiel fremdeles pågikk i stua. Jeg følte meg dårlig, nedfor, som jeg ofte gjorde etter sosiale lag på den tiden. Senere har jeg konkludert med at livsløgnen hindret meg fra å ha autentiske relasjoner til menneskene rundt meg. Den konstante overvåkingen av min egen væremåte gjorde meg utslitt.

Denne natten, trygt plassert i egen seng, så jeg den siste episoden av NRK-serien «Skam», sesong 3. Hovedpersonene Isak og Even (spoiler) har endelig blitt kjærester og er, ironisk nok, på julefest. Etter mye frem og tilbake, slik kjærlighetshistorier i fiksjonen ofte foregår, har de to guttene kommet ut til venner og blitt sammen. Episoden viser ikke mye mer enn at de to har det fint med hverandre og med vennene sine. Likevel traff det meg hardt i magen, bokstavelig talt, og jeg tenkte «sånn kommer jeg aldri til å ha det». Åpenbaringen kom til meg like etterpå: Det er sånn jeg *vil* ha det.

#### MANGLENDE NARRATIV

Davies (2000) skriver: «Hva det vil si å være en person i den «moderne» verden, innebærer at vi påtar oss de diskursene som vi blir konstituert i som våre egne» (s. 44, min oversettelse). Hun argumenterer for at en person blir til gjennom å internalisere de identitetsnarrativene vi presenteres for, og dermed er vår identitetsutvikling også begrenset av narrativene vi har tilgjengelig. For skeive er det ofte få tilgjengelige narrativer i oppveksten, og mange opplever at de ikke har noen retning i livet. Derfor er representasjon viktig i det offentlige bildet. Som psykologer kan vi også tilby alternative narrativer som pasienten kan utforske. Vi kan anbefale bøker, filmer, TV-serier, og vi kan tegne opp alternative familiekonstellasjoner og gi beskrivelser av ulike måter å leve gode skeive liv på. Slik kan vi hjelpe pasientene med å finne retning i livet.

Men jeg ventet ikke ni år med å komme ut bare fordi Isak og Even ikke var funnet opp enda. La meg fortelle dere om cis- og heteronormativitet.

#### DET HETERONORMATIVE SAMFUNN

Jeg ble født i Sarpsborg og definert som gutt. Selv om jeg fremdeles definerer meg som mann, ble avgjørelsen om mitt kjønn tatt allerede ved

fødsel, og jeg ble pålagt kvaliteter og forventninger knyttet til hvem jeg er og bør være. Hvorvidt jeg innfrir disse, vil påvirke min verdi som gutt og etter hvert mann (og «mann» kan egentlig byttes ut med «menneske», fordi å være noe annet enn mann ble ikke presentert som en mulighet).

Homofili har i kjønnsforskning lenge blitt ansett som det ultimate bruddet på det maskuline idealet, det mest feminine en gutt kan være, og følgelig også det som gir færrest «maskulinitetsstjerner» (Connell, 1992). At «jævla homo» er et av de mest brukte skjellsordene i norske skoler fremdeles, antakelig uten at barna forstår hva de kommuniserer, viser hvor integrert nedvurderingen av feminitet hos menn er. Så selv om ingen sa «hvis du er homofil, så er du mindre verdt som menneske» direkte til meg, stinket hele samfunnet av at skeivhet var unormalt, rart, ekkelt og latterlig. På den tiden internaliserte jeg disse fordømmene. Jeg tenkte det var sant.

Eller forresten, jeg hadde en trener i barneidretten som sa at han «hatet homser», og fortalte at han hadde slått ned en person som la an på ham. De andre voksne viftet utsagnet bort og viste at de ikke tok denne treneren seriøst, men ingen sa tydelig ifra om at dette var ugrei oppførsel, eller at det er fint å være skeiv. Jeg tror de tenkte det ikke var noen skeive til stede, og derfor ikke nødvendig å irettesette ham. Dessuten var treneren en ildsjel i klubben, så det var best å holde ham i godt humør. Dette illustrerer ett av flere problemer med heteronormativitet: Alle er heterofile til det motsatte er bevist. Hvis de voksne hadde tenkt at noen av klubbens barn og unge mest sannsynlig er skeive, håper jeg de hadde reagert annerledes.

#### SKEIV ISOLASJON

Som meg venter de fleste skeive i flere år fra de erkjenner at de er skeive, til de sier noe om det. Jeg har hørt at gjennomsnittet er syv år. På den annen side er de som kommer ut tidlig, ofte alene om å være åpne skeive der de bor. Ifølge Martin og Hetrick (1988) kan skeive oppleve ulike former for isolasjon når de vokser opp i et heteronormativt samfunn: en sosial, emosjonell og kognitiv isolasjon. Den sosiale isolasjonen er den letteste å få øye på for andre, fordi den beskriver det å være sosialt utstøtt, fremmedgjort eller utestengt på grunn av sin skeivhet. Ofte er det kjønnsnormbrytende atferd

som gjør at skeive blir sosialt isolert, uavhengig av om de har kommet ut eller ikke.

Den emosjonelle isolasjonen oppstår når unge skeive oppdager og bearbeider sin egen skeivhet alene, uten å si noe om det til andre. Den kognitive isolasjonen sammenfaller med det Davies skriver om, og handler om at personen ikke klarer å se for seg et godt liv som skeiv, og om uvisshet rundt hvilke muligheter som finnes for å skaffe seg venner og familie.

Dette er hva det heteronormative samfunnet fører med seg, og det er kanskje den største konsekvensen av min ni år lange livsløgn. Hele ungdomstiden, mine mest formative år, var preget av en sterk følelse av å være helt alene i verden. Uten noen å snakke med, uten noen idé om hvordan jeg skulle komme meg ut av det. Strategien min var å unngå uønskede tanker og følelser. Jeg var konstant årvåken for hvordan jeg fremsto – en strategi som spredte seg og infiserte hele min psykologiske fungering.

### GLITRENDE STOLTHET

Siden jeg ikke hadde noe språk for å forstå hva jeg opplevde, undergravde jeg lenge hva det betydde, og klandret meg selv. Da jeg til slutt kom ut, var alle rundt meg veldig støttende, og jeg følte meg som en dust som hadde ventet så lenge. Men jeg måtte forstå heteronormativitet, representasjon og skeiv isolasjon for å nå konklusjonen som mange kommer til i terapi: Det at livet har vært vanskelig, var ikke min feil. Vi psykologer hjelper stadig pasienter med å forstå viktigheten av invalideringer, tapsopplevelser og krenkelser. At det ikke er deres feil at mamma drakk, at pappa dro, eller at venner utestengte. På samme måte må vi også hjelpe skeive pasienter med å forstå at det ikke er deres feil at de følte seg alene. At de ikke er feil selv om skeivhet blir nedvurdert. At livet som skeiv også kan være bra. Først da kan vi bidra til at våre skeive pasienter får glitre i sin stolthet. ✕



Det at livet har vært vanskelig, var ikke min feil

### REFERANSER

Davies, B. (2000). *A Body of Writing*. AltaMira Press.

Martin, A.D. & Hetrick, E.S. (1988). The stigmatization of the gay and lesbian adolescent. *Journal of homosexuality*, 15(1-2), 163–183. [https://doi.org/10.1300/J082v15n01\\_12](https://doi.org/10.1300/J082v15n01_12)

Connell, R.W. (1992). A Very Straight Gay: Masculinity, Homosexual Experience, and the Dynamics of Gender. *American Sociological Review*, 57(6), 735–751. <https://doi.org/10.2307/2096120>

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

#### DELTA I DEBATTEN

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

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

#### DEBATTINLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

#### REPLIKK/KORTINLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

#### HOVEDKRONIKK

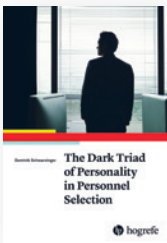
Hovedkronikken i Psykologtidsskriftet tar for seg en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 til 8000 tegn inkludert mellomrom.

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

**ANMELDT:** BOK

## Medaljens bakside

Boken gir leseren en grundig gjennomgang av personlighetstrekkene i Den mørke triaden. Men den er tunglest og akademisk.



**BOK** *The Dark Triad of Personality in Personnel Selection*

**FORFATTER** Dominik Schwarzingler

**FORLAG** Hogrefe

**ÅR** 2023

**SIDER** 192

**ANMELDT AV**

Rudi Myrvang,  
Consummatum AS

**MERKNAD** Anmelderen leder fagutvalget for organisasjonspsykologi i Norsk psykologforening. Ingen innmeldte interessekonflikter.

**GJENNOM MINE DRØYT** 25 år som psykolog har jeg hatt en særlig interesse for kartlegging og måling av menneskelige egenskaper. Først som organisasjonspsykolog innen seleksjonsfeltet, nå som kliniker in spe, med visse akademiske aspirasjoner. I begge periodene har psykometriske kartleggingsverktøy stått sentralt i min praksis, men hovedsakelig den typen som kartlegger positive eller nøytrale egenskaper, som personlighetsinventorier og evnetester. Selv om jeg til en viss grad har fulgt med på utviklingen av verktøy som kartlegger uønskede trekk og tilbøyeligheter, har motivasjonen for selv å ta dem i bruk blitt dempet av offentlighetens tilsynelatende unisone fordømmelse av bruken av denne typen instrumenter (for eksempel Lunde, 2020).

Da jeg fikk spørsmål om jeg ville skrive en bokanmeldelse av denne boken, skrevet av professor i arbeids- og organisasjonspsykologi Dominik Schwarzingler, så jeg det derfor som en anledning til å sjekke status innenfor et felt jeg har fulgt fra sidelinjen. Gitt den lave sosiale validiteten – i form av skepsis og motstand fra store deler av befolkningen – er det interessant å undersøke hvorvidt de siste års utvikling har bidratt til at gevinsten ved bruk av instrumentene er høyere enn kostnaden.

Først av alt vil jeg slå fast at dette er en relativt tung bok. Noe som blant annet skyldes at

forfatteren rir tre hester: 1) Boken oppsummerer forskningen innenfor fagfeltet, 2) den beskriver utviklingen av et nyutviklet instrument for kartlegging av DMT, i tillegg til at 3) den lanseres som en håndbok rettet mot praksisfeltet. Spørsmålet blir da om boken innfrir den Kinderegg-lignende målsettingen om å sjonglere tre ønsker på én gang, eller om praktikerne faller av lasset underveis. La oss ta for oss de tre bolkene av boken, én for én.

### DEN MØRKE TRIADEN

Boken byr på en grundig og tilsynelatende uttømmende presentasjon av forskningsfeltet som omhandler den mørke triaden og tilstøtende begreper. *Narsissisme*, *machiavellianisme* og *psykopati* karakteriseres av tendenser til manipulasjon, kalkulerende atferd og mangel på empati som ofte resulterer i problematiske mellommenneskelige forhold og utfordringer i samspill med andre. Mens narsissisme kjennetegnes av overdreven selvopptatthet og behov for beundring, er machiavellianisme forbundet med manipulerende atferd og kynisme. Psykopati, som kan sies å være det mest problematiske trekket, inkluderer manglende empati, impulsivitet og antisosial atferd. Så vel trekkene selv, deres historie og innvirkningen de har på organisasjoner,



**DEN MØRKE TRIADEN PÅ ARBEIDSPLASSEN** Boken tilbyr praktiske råd om hvordan identifisere og håndtere individer med mørke personlighetstrekk, skriver anmelder Rudi Myrvang. Foto: NTB Scanpix

behandles grundig og pedagogisk. Videre tar forfatteren for seg en rekke empiriske studier og teoretiske rammer for å belyse både positive og negative aspekter ved trekkene. Som at visse elementer av narsissisme kan være fordelaktige i lederstillinger, mens andre aspekter kan føre til usunne arbeidsmiljøer. Boken balanserer denne diskusjonen ved å koble teorier om etisk ledelse og organisasjonskultur, noe som gir en mer nyansert forståelse av temaet – for de som henger med gjennom de første 60 tettpakkede og forskningstunge sidene.

#### TOP

Som en bonus får leseren en innføring i utviklingen av *The Dark Triad of Personality at Work* (TOP), som ble utviklet for å identifisere og måle mørke personlighetstrekk i en yrkesmessig sammenheng. Gjennomgangen gir et nyttig innblikk i testutviklingens verden, og hvor krevende det kan være å omsette forskningsbasert kunnskap til verktøy som kan benyttes i en praktisk kontekst. Samtidig sitter denne leseren igjen med en opplevelse av at selve verktøyet, TOP, ikke helt innfrir de opprinnelige målsettingene for utviklingsprosjektet. Noe som igjen legger en viss demper på eventuelle ambisjoner om direkte kartlegging av

”

Først av alt vil jeg slå fast at dette er en relativt tung bok



... nyttig lesning for enhver som ønsker å dykke dypere inn i sammenhengen mellom personlighet og profesjonell suksess

personlighetens mørkere sider, all den tid TOP representerer den siste utviklingen innenfor fagfeltet.

#### EN PRAKTISK HÅNDBOK

Som nevnt tilbyr boken også praktiske råd til praktikere om hvordan identifisere og håndtere individer med mørke personlighetstrekk. Både i forbindelse med seleksjon og til utvikling og rådgivning. For norske psykologer og andre fagfolk er boken særlig aktuell gitt den økende interessen for personlighetstesting i seleksjonsøyemed. Selv fant jeg det spesielt interessant å lese om koblingene mellom normalpsykologi, uttrykt ved hjelp av femfaktormodellen, og DMT. Samtidig som jeg også her ble sittende igjen med spørsmålet om verdien av eksplisitt kartlegging av de mørke personlighetstrekkene. All den tid DMT kun i begrenset grad predikerer (reduuerte) prestasjoner i arbeidslivet, kombinert med tidligere nevnte problemer knyttet til den lave sosiale validiteten.

#### IKKE FOR ALLE

I sum er *The Dark Triad and Personality in Personnel Selection* en verdifull tilføyelse til faglitteraturen og nyttig lesning for enhver som ønsker å dykke dypere inn i sammenhengen mellom personlighet og profesjonell suksess. Samtidig er jeg redd den jevne praktiker vil finne boken vel tung og akademisk. Her er det mulig at flere kasusstudier kunne ha gjort konseptene mer tilgjengelige for de som ikke har mastergrad eller profesjonsstudiet i psykologi. Hvor nyttig det enn er å kjenne til de mer grumsete aspektene ved personligheten, tror jeg at de fleste praktikere ville få mer igjen om de satte seg grundig inn i bruken av instrumenter og metoder som tar mål av seg å utforske de positive sidene av kandidats egenskaper og prestasjoner, som evnetester, personlighetsinventorier og strukturerte intervjuer. Metoder som i mindre grad er belastet med lav sosial validitet, og som tross alt har sterkere forklaringsstyrke i en seleksjonsprosess. ✘

#### REFERANSER

Lunde, A.L. (2020, 16. november). Anne Ringkvist (49) ble møtt med ubehagelig test på jobbakt. *A-magasinet*. <https://www.aftenposten.no/amagasinet/i/A120QA/anne-ringkvist-49-ble-moett-med-ubehagelig-test-paa-jobbjakt>



## Lokale forhandlinger i kommunal sektor

Her skal vi komme med noen råd og tips til deg som skal forhandle lønn lokalt i kommunen (unntatt Oslo kommune).



Ellen Ekre Engh, spesialrådgiver i  
Psykologforeningens jus- og arbeidslivsavdeling  
Foto: Felicia Rolf / Psykologforeningen

- Det skal forhandles lønn for *alle* kommunalt ansatte psykologer innen den 1. oktober hvert år. Du må finne ut hvordan dette skal foregå, og hvordan du vil bli ivaretatt – hvem skal forhandle for deg? Du kan da kontakte tillitsvalgt, nærmeste leder eller personalavdelingen for å avklare videre forhandlingsprosess. Forhandlingsplikten er klart hjemlet i hovedtariffavtalen, og arbeidsgiver kan ikke motsette seg å forhandle.
  - Forhandlingene foregår lokalt i den enkelte kommune. Psykologer får all lønn fastsatt etter lokale kollektive forhandlinger og får ingen tillegg sentralt. Det er i tråd med Psykologforeningens og Akademikerne lønnspolitikk.
  - Kriteriene for lønnsfastsettelsen følger av hovedtariffavtalen kapittel 5 – stillingens kompleksitet og den enkelte ansattes kompetanse, ansvar, resultatoppnåelse og innsats. Videre er det avtalt at det skal være naturlig sammenheng mellom arbeidstakerens kompetanse, kompetanseutvikling og lønnsutvikling. Relevant etter- og videreutdanning skal vektlegges.
  - Virkningsdato for lønnstillegget skal være 1. mai 2024, med mindre partene lokalt blir enige om noe annet. Arbeidsgiver kan ikke ensidig bestemme en annen virkningsdato.
  - Ved lokale lønnsforhandlinger skal det tas hensyn til lønnsutviklingen i tariffområdet – det vil si lønnsutviklingen til de ansatte som har fått ny lønn fastsatt sentralt. Resultatet her var på 5,2 %. Dette gjelder stort sett alle andre kommunalt ansatte enn akademikere og ledere.
  - I de fleste situasjoner snakker man lokalt om en nivåheving (friske penger per 1. mai), men blir det snakk om overheng eller glidning, ta kontakt med oss.
  - Relevant bakgrunnsinformasjon når det gjelder hvor mye man bør kreve i lønnsøkning, kan være snittlønn for kommunalt ansatte psykologer, snittlønn fra andre sektorer og lønnsnivå på sammenlignbare stillinger i kommunen. Mer informasjon om dette står i rundskriv fra jus- og arbeidslivsavdelingen. Ring gjerne rundt og spør om resultater i nabokommuner og nærliggende helseforetak. Lokale forhold avgjør hvor høyt et lønnskrav bør være.
  - Andre argumenter for lønnsøkninger kan være:
    - Alle ansatte forventer å få et årlig lønnsopprykk.
    - Ønske om / behov for stabilitet i personalgruppen / psykologgruppen, og å beholde spesiell kompetanse. Snakk med lederen din om dette på forhånd.
    - Utvikling i stillingen / kompetansen siden forrige lønnsregulering.
    - Eventuelle endringer av stillingens arbeidsoppgaver og ansvarsområde.
  - Hvis du er eneste medlem i Psykologforeningen i kommunen og møter motstand på å få forhandle for deg selv, så kan du ta kontakt med oss slik at vi kan bistå med å finne en løsning.
  - Akademikerne avholder opplæringskonferanser for tillitsvalgte knyttet til lønnsforhandlinger – se informasjon: <https://akademikerne.no/kurs-og-konferanser/regionale-opplaeringskonferanser-for-kommunal-sektor>. Vi anbefaler at tillitsvalgte som skal forhandle, deltar på en av disse konferansene.
- Alle medlemmer som er registrert med kommunal arbeidsgiver, skal ha fått tilsendt rundskriv med tips og råd i forbindelse med de lokale forhandlingene. Kontakt oss om du ikke har fått dette eller hvis du har andre spørsmål. Den som skal forhandle, kan gjerne ta kontakt i forkant, så tildeler vi en rådgiver som er tilgjengelig under forhandlingene.
- Psykologforeningen avholder digital spørretime knyttet til de lokale forhandlingene 22. august fra klokken 14:00 til 15:45. Lenke til dette har blitt sendt ut til alle medlemmer i kommunal sektor.
- Jus- og arbeidslivsavdelingen er tilgjengelig via Min side på Psykologforeningen.no eller via [ja@psykologforeningen.no](mailto:ja@psykologforeningen.no). Vi har daglig telefonvakt mellom klokken 12:15 og 15:00. Du når oss på 23 10 31 30.

## – Hva har du gjort i sommer? – Rusa meg.



Arnhild Lauveng, visepresident med ansvar for  
fag- og profesjonspolitikk  
Foto: Fartein Rudjord

*Når klassen hennes møter til første skoledag i 9. klasse, er ikke «Camilla» sammen med dem. Hun har strevd stadig mer de siste årene, etter at foreldrene skilte seg, og i fjor prøvde hun hasj før første gang. I sommerferien stakk hun til Oslo med to venninner, prøvde flere rusmidler, og er nå plassert på en barnevernsinstitusjon.*

*«Mohammed» går også i klassen til «Camilla». Han møter første skoledag, etter en altfor lang sommer. De fleste av kameratene hans var på ferie, men ikke hans familie. De har aldri råd til det. Mohammed har vært hjemme og ute i byen, han har sloss, han har ranet, og han er sint på alt som er urettferdig, på skolen, og på alle voksne.*

«Camilla» og «Mohammed» finnes selvsagt ikke som reelle enkeltpersoner, men som eksempler på barn og unge som strever, finnes de absolutt. Psykologforeningen har de siste årene vært opptatt av forebygging, lavterskeltilbud og tidlig innsats for barn og unge. Dette skal vi selvsagt fortsette med. Når barn og unge strever, trenger de kompetent, sammenhengende og tilpasset hjelp tidlig, før problemene får vokse seg for store.

Samtidig vet vi at barn som Camilla og Mohammed finnes. Barn som vi har prøvd å hjelpe, over tid, uten å få det til, og hvor problemene ikke har blitt løst, men heller har vokst seg større. Og barn som av en eller flere grunner har «gått under radaren» til de voksne rundt dem, slik at problemene ble store og omfattende før hjelpen kom på plass. Disse barna trenger kompetent hjelp, og de trenger hjelpere som samarbeider bedre.

Det siste året har det både blitt levert en NOU om institusjonsbarnevernet – «Med barnet hele veien», og det har kommet utkast til ny barnevernslov. Psykologforeningen har levert høringssvar til både NOUen og til

barnevernsloven. Høringssvarene finnes på de nye nettsidene våre, og kan leses i sin helhet der.

Når det gjelder utkastet til ny barnevernslov, støtter vi helheten i loven, og opplever de aller fleste forslagene som ukontroversielle og gode. Samtidig uttrykker vi bekymring for endring i kompetansekravene, og understreker viktigheten av at barn i særlig sårbare situasjoner blir møtt av personer med tilstrekkelig kompetanse. Ettersom de fleste barna har sammensatte behov, vil det også bety at tverrfaglig samarbeid er helt avgjørende for å gi god nok hjelp. En person kan vanskelig ha tilstrekkelig kompetanse på alt som barnet trenger hjelp med, både når det gjelder fysisk sykdom, psykisk sykdom, traumer, utdanning, relasjoner, omsorgsbehov, praktiske utfordringer og mye annet, og godt samarbeid mellom de som skal hjelpe, er derfor helt nødvendig. Det er også viktig at det blir involvert fagpersoner med god nok spisskompetanse, og at de som arbeider nærmest barnet får tilstrekkelig veiledning.

Det er krevende å arbeide med barn som har opplevd store belastninger og som ofte har mistet tilliten til voksne. Derfor er det helt avgjørende at de som er tettest på barnet i hverdagen både har kompetanse, får nødvendig opplæring, og ikke minst får veiledning, så de kan klare å stå i krevende situasjoner over tid. Vi vet at alt for mange barn under barnevernets omsorg opplever hyp-pige flyttinger, ofte utløst av kriser. God veiledning, av kompetente fagpersoner, kan sannsynligvis forebygge noen av disse krisene og de uønskede flyttingene.

NOU-en om institusjonsbarnevernet var omfattende, og Psykologforeningen innhentet innspill fra relevante fagutvalg og sektorutvalg, i tillegg til medlemmer med særskilt kompetanse innen fagfeltet før vi sendte vårt

høringssvar. Vi hadde også møter med representanter for Barneombudet og fra Forandringsfabrikken. Høringssvaret kan leses i sin helhet på nettsidene våre, men vi var særlig opptatt av behovet for bedre helsehjelp for barn under barnevernets omsorg.

Barn under barnevernets omsorg har høy forekomst både av psykiske lidelser og somatiske helseutfordringer, og barn i barnevernsinstitusjoner har klart større psykiske helseutfordringene enn andre grupper av barn og unge. Samtidig ser vi at de utfordringene barna har, knyttes til både fysisk og psykisk helse, ofte ikke avdekkes, og at barna ikke alltid får sin rett til helsehjelp innfridd. Noen ganger blir også barnas smerteuttrykk feiltolket, oversett eller ikke undersøkt grundig nok. Helsepersonell har god kompetanse på sykdom, symptomer og smerteuttrykk, og er de som best kan vurdere hvilke tiltak og

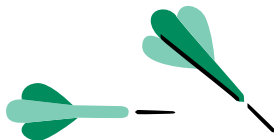
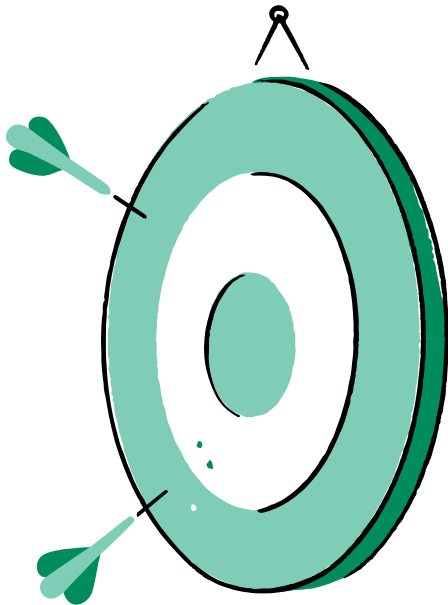
behandling som vil være best egnet for det enkelte barnet, i den spesifikke situasjonen.

Barneverninstitusjonsutvalget foreslår derfor at det skal opprettes egne helseteam. Disse skal ha sin forankring i psykisk helsevern for barn og unge, samtidig som de skal være tilgjengelige, fleksible, og nært og reelt tilknyttet den enkelte barnevernsinstitusjonen. Psykologforeningen mener at egne helseteam vil styrke tilbudet til barn under barnevernets omsorg, og støtter derfor forslaget. Samtidig er det viktig at det bevilges egne midler til disse teamene, slik at et bedre tilbud til en gruppe ikke skjer på bekostning av tilbudet til andre grupper, som også har behov for god behandling.

I dag foregår rusbehandling for barn og unge hovedsakelig i barnevernsektoren, siden ruslidelser hos barn kategoriseres som atferdsforstyrrelse fremfor en helse-tilstand, og det er få av BUP-ene som tilbyr behandling for rusmisbruk og ruslidelser. Det er også stor variasjon i det kommunale hjelpeapparatet med hensyn til forebyggende og rehabiliterende rustilbud for barn og unge, og et overveiende flertall av kommunene melder om at tilbudet ikke er godt nok og/eller har for liten kapasitet.

I sum betyr dette at barn og unge diskrimineres når det gjelder tilgang til forsvarlig rusbehandling, sammenlignet med voksne. Dette er selvsagt ikke akseptabelt, samtidig som det er viktig at mulige endringer i tilbudet er godt gjennomtenkt og forankret. Arbeidsutvalget i Psykologforeningen har derfor bedt om at det lages et utkast til policy for rusbehandling av barn og unge, og denne vil bli behandlet i sentralstyret i løpet av høsten.

Vi skal selvsagt fortsette å arbeide med forebygging og tidlig innsats, for å forhindre at barn og unge utvikler omfattende problemer. Samtidig må vi styrke innsatsen for å gi bedre, mer helhetlig, og mer effektiv hjelp til de barna som har store og sammensatte vansker. Og vi må sikre gode rammevilkår og bedre mulighet til samarbeid for de fagpersonene som arbeider med disse barna. Vi har kanskje mange barn. Men vi har ingen å miste.





31.10.2024  
**KJØNNSINKONGRUENS  
 I UTVIKLING**  
 FRA DAGENS INNSIKT TIL MORGENDAGENS MULIGHETER

**Sted: Oslo Kongressenter, Oslo, Norge**

Delta på denne unike konferansen og lær fra ledende eksperter om kjønnsinkongruens. Få ny kunnskap, møt andre fagpersoner, og utvid ditt nettverk. Konferansen gir innsikt i historiske perspektiver og fremtidige muligheter innen kjønnsinkongruens. Ikke gå glipp av denne verdifulle muligheten!

**Godkjenning:** Kurset er godkjent av Norsk psykologforening som vedlikeholdskurs for spesialister med 7 timer.

**Kostnad:**

- Ordinær pris: kr 800
- Medlem HBRS: kr 350

**Påmelding og kontakt:**

- Påmelding: [hbrs.no/kjonninkongruens-i-utvikling](http://hbrs.no/kjonninkongruens-i-utvikling)
- Kontakt: [info@hbrs.no](mailto:info@hbrs.no)

## Vi kan tilby annonse plass i nyhetsbrevet

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

### Annonseformat

Full bredde:

564 x høyde 120 piksler for kr 7 500

1/2 bredde:

264 x høyde 120 piksler for kr 4 500

For mer informasjon om annonsering, kontakt oss på e-post

[tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)

eller telefon 23 10 31 33

## STIFTELSEN MENTALHYGIENISK RÅDGIVNINGSKONTOR UTLYSER STIPEND FOR 2025

Stiftelsen Mentalhygienisk Rådgivningskontors formål er å fremme virksomhet innen det barne- og ungdomspsykiatriske helsevern ved tildeling av stipend til enkeltpersoner og institusjoner.

Formålene det kan søkes midler til må ha en bred forankring innen den psykodynamiske tradisjon som hele tiden var Mentalhygienisk Rådgivningskontors arbeidsform og forståelse.

Søknadsskjema, personvernerklæring og informasjon hentes ut via denne linken:

**<http://medmenneskeioslo.com/legater/>**

Det MÅ sendes en søknad for hvert prosjekt og for hver person. Søknaden må inneholde en oversikt over hva pengene skal brukes til. Det må foreligge en prosjektplan med budsjett og informasjon om hvorvidt det foreligger annen finansiering.

Søknaden må IKKE inneholde pasientopplysninger. Ved søknad om midler til forskningsrelaterte prosjekter inkludert kasusstudier og andre kvalitative prosjekter, må søker ha nødvendig etisk godkjenning før datainnsamling er påbegynt og denne må vedlegges søknaden.

Den som tildeles midler må gi en skriftlig rapport med vedlagt regnskap tilbake til Stiftelsen for å dokumentere at stipendet har blitt brukt til det formålet det ble søkt om. Ikke disponerte midler tilbakebetales. Dette må gjøres innen 30.04 året etter.

Ytterligere informasjon ved henvendelse til psykiater Rune Johansen, tlf. 916 65 227, e-post [ru-jo3@online.no](mailto:ru-jo3@online.no) eller til psykolog Ingeborg Aarseth, tlf. 481 19 573, e-post [ingeborg.aarseth@gmail.com](mailto:ingeborg.aarseth@gmail.com)

Styret i Mentalhygienisk Rådgivningskontor vurderer søknadene og tildeler midler. Det overordnede hensyn ved vurderingen er prosjektets kliniske relevans.

### Søknad sendes via Digipost til Mentalhygienisk Rådgivningskontor

(Logg deg inn på din egen Digipost og søk etter Mentalhygienisk Rådgivningskontor. Der kan du enkelt legge ved din søknad.)

**SØKNADSRIST: 10. september 2024**



Reduser dokumentasjonstiden med over **80%** og få en mer bærekraftig hverdag.

Med Braive's **KI-drevne** co-pilot skriver journalnotatene seg selv.

# Automatiser dine journalnotater

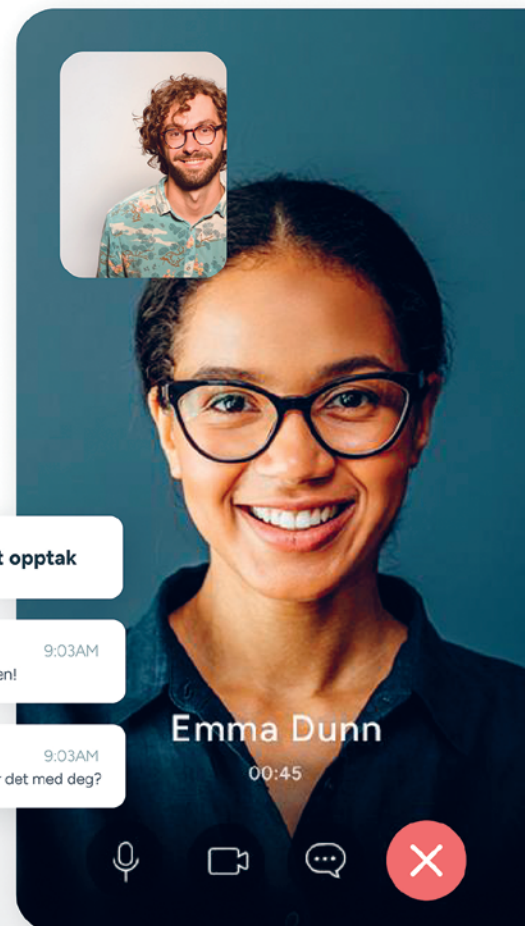
- Mer tid til pasientene
- En bedre arbeidshverdag
- Lett å bruke i fysiske og digitale konsultasjoner



REGISTRER  
← DEG HER

Siden 2015 har Braive samarbeidet med ledende spesialisthelsetjenester og forskningsinstitusjoner i Norge og internasjonalt. Våre AI-løsninger stammer fra et forskningsprosjekt startet i 2020 i samarbeid med Psykologisk Institutt ved UiO og KTH i Stockholm, finansiert av Norsk Forskningsråd.

Løsningen er i henhold til pasientdataloven og **GDPR**





## Fond til videre- og etterutdanning

I klinisk psykologi og psykoterapi for psykologer som er avtalespesialister og medlemmer av norsk psykologforening.

### Tildeling 2025

Søknadsfrist 1. oktober 2024

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

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

#### Dette skjer ved støtte til:

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

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

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

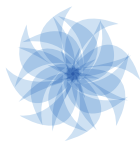
#### Fondsstyret vil vurdere søknadene ut fra:

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

#### Begrunnet søknad sendes fylles ut her:

<https://no.surveymonkey.com/r/P9SJPV>

Prosjektbeskrivelse eller annen relevant dokumentasjon må vedlegges søknaden.



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



## Integrering av EMDR & IFS

EMDR & IFS er en kreativ og lovende tilnærming for å utforske kompleks traume og personlighetsproblematikk. Kurset utvider din terapeutiske verktøykasse og åpner opp for en dypere endring ved å kombinere EMDR med IFS (Internal Family Systems).

Kurset er omfattende og inneholder teori, kliniske eksempler og praktiske øvelser. En forutsetning for å delta er at du minimum har deltatt på EMDR trinn I grunnutdanning.

**Dato: 2.–3. oktober 2024**

**Sted: Scandic Solli, Parkveien 68, Oslo**

**Tid: kl. 09.00–16.00 begge dager**

**Kostnad: kr 7.800,- inkl. lunsj og kursmateriell**

**For mer informasjon se [www.emdrkurs.no](http://www.emdrkurs.no)**

**Påmelding: [savitadalsbo@gmail.com](mailto:savitadalsbo@gmail.com)**

**Husk å oppgi fullstendig fakturainformasjon**

Kursansvarlig:

A Savita Dalsbø, psykologspesialist, Norsk psykologforening, EMDR Europe Approved C & A Senior Trainer.



## Masterclass i Metakognitiv terapi, 2024–2026, Oslo

MKT Masterclass er et 2-årig utdanningsprogram som tilbys av *Metacognitive Therapy Institute* (MCT-I; [www.mct-institute.com](http://www.mct-institute.com)). Professor Odin Hjemdal og førsteamanuensis Henrik Nordahl er ansvarlige for den norske versjonen av utdanningen. Målet med utdanningsprogrammet er å gi helsepersonell muligheten til å oppnå høy kompetanse i MCT. Utdanningen vil kunne føre frem til tittel som «MCT-Institute registered therapist» som er en beskyttet og registrert tittel for de som fullfører utdanningen med godkjent diplom. Samlingene vil bli holdt i Oslo, og gjennomføres i perioden september 2024–juni 2026. MKT Masterclass er et spesialisert utdanningsprogram ment til å bygge kompetanse i utøvelsen av denne innovative behandlingstilnærmingen. Programmet tilbyr den mest faglige oppdaterte kunnskapen om MCT, og tilbyr mulighet til å utvikle klinisk kompetanse og ferdigheter på områder som ulike angstlidelser, PTSD, OCD, kroniske depresjoner og personlighetsproblemer. For mer informasjon, se <https://mct-institute.no/masterclass/>.



## Videreutdanning av psykologer og leger i psykodynamisk psykoterapi med barn og ungdom

Instituttet tilbyr tredelt utdanning som omfatter innføringsseminar, videregående seminar og spedbarnsobservasjonsseminar. Seminarene kan tas som selvstendige kurs som del av etterutdanning og vedlikeholdsaktivitet til spesialitet eller kombineres til et 5-årig utdanningsløp, godkjent til spesialiteten i psykoterapi av Norsk psykologforening.

Utdanningen har en internasjonal standard og er tilpasset kravene i The European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in Public Sector, Child and Adolescent section (EFPP).

### LØPENDE PÅMELDING TIL HØSTENS SEMINARER 2024

For mer informasjon se instituttets hjemmeside: [www.ibup.no](http://www.ibup.no) eller send e-post: [post@ibup.no](mailto:post@ibup.no)

**2 - årig innføringsseminar i psykodynamisk/psykoanalytisk orientert psykoterapi med barn og unge starter i Bergen og Trondheim:**

Seminaret er godkjent av DNLF som obligatorisk valgfri terapiutdanning i spesialiteten barne- og ungdomspsykiatri. Mer info: [Innføring](#)

**1- årig seminar i tidsavgrenset psykoanalytisk psykoterapi for ungdom med depresjon (STPP) starter i Oslo:**

Seminaret er godkjent av NPF som 70 timers vedlikeholds aktivitet for spesialister og av DNLF som det 3.året for leger som skal bli psykoterapiveiledere. Mer info: [STPP](#)

# PSYKOL OGI

## MATERIELLFRISTER OG PRISER 2024

### SPESIALPLASSERING:

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

### KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 28 per sp.mm.

Fargetillegg kr 12 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 3 220, samme format i farger kr 4 600.

### SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 590.

### NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 10 000, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 900. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) under «Kurs og konferanser» og [www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen](http://www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen).

**Få ekstra oppmerksomhet** til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 1 950 per uke eller 5 950 for inntil en måneds visning kan stillingen vises på forsiden [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no) med link til bedriftens stillingsannonse.

**Bannerannonser** publiseres både på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) og toppbanner på [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no) og koster kr 15 900 per måneds visning.

#### ANNONSEFORMATER FOR BANNERANNONSER

Nettsidene		Visning på mobil
220x170 px	980x150 px	320x120 px

Se informasjon om annonsering også på [www.psykologtidsskriftet.no/annonsorer](http://www.psykologtidsskriftet.no/annonsorer)

**Nyhetsbrev** sendes ut samtidig med utgivelse av papir-utgaven den 1. virkedagen og den 15. i hver måned. For tiden er det ca 9 050 mottakere av nyhetsbrevet. Vi kan tilby annonseplass i nyhetsbrevet i følgende formater:

#### NYHETSBREVFOMATER

Full bredde	1/2 bredde
564 piksler for kr 7 500	264 piksler for kr 4 500

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
9	16.08	02.09
10	17.09	01.10
11	18.10	01.11
12	15.11	02.12

#### PRISER : STILLINGANNONSER/PROFILANNONSER

Format	4 farger	Sort
1/1 side	18 900	17 300
1/2 side	14 900	13 300
1/4 side	12 900	11 300

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

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

#### ANNONSEFORMATER

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

#### ABONNEMENT OG LØSSALG

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

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



PSY  
KOL  
OGI

### SØKER DU JOBB?

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

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

## Helse Sør-Øst RHF



### Ledige avtalehjemler i psykologi

Helse Sør-Øst RHF har avtale med ca 950 legespesialister og psykologspesialister gjennom avtalespesialistordningen. Avtalespesialistene skal bidra til å oppfylle sørge for-ansvaret til Helse Sør-Øst RHF.

Fullstendige stillingsannonser og elektroniske søknadsskjemaer finner du på hjemmesiden: [helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger](http://helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger)

HELSE  SØR-ØST

## Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **2. september**, frist for å bestille annonse til september-utgaven er **16. august**

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

## Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



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

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

## NORSK PSYKOLOGFORENING

---

### SENTRALSTYRET

#### President

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

#### Visepresidenter

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

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

#### Medlemmer

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

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

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

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

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

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

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

**Andreas Vindenes**  
studentrepresentant  
917 02 956  
andreas.vindenes@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

**Kristin Lothe Nordbø  
(1. vara student-  
representant)**  
476 54 401  
kristinnordb@hotmail.com

**Ingunn Aasen (2. vara  
studentrepresentant)**  
950 79 853  
ingunnaasen@hotmail.com

### LOKALAVDELINGER

**Akershus  
Andrea Wister**  
andrea\_wister@alumni.  
brown.edu  
994 35 493

**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  
Asiyah Michelle Farooqui**  
michelle.farooqui@  
gmail.com  
971 26 394

**Møre og Romsdal  
Bjørn Olav Henden**  
bjorn.olav.henden@  
helse-mr.no  
974 81 950

**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 Lindøe**  
libi@siv.no  
473 83 123

**Troms  
Ida Atalie Falch**  
Ida.atalie@gmail.com  
916 99 270

**Vest-Agder  
Øyvind Buli Føreland**  
vestagder@  
psykologforeningen.no  
948 84 351

**Vestfold  
Paul André Myhrer**  
amyhrer@gmail.com  
990 41 900

**Østfold  
Fredrik Henanger Blom**  
fhblom@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

**Andreas Vindenes,** leder,  
andreas.vindenes@  
gmail.com, tlf. 917 02 956

## 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

## SEKTORUTVALG

### Spesialisthelsetjenesten

**Bjarte Bruntveit,** FTV  
Helse Bergen, leder, bjarte.  
bruntveit@helse-bergen.  
no, tlf. 909 98 052

### Stat

**Grethe H. Strand Rolfsen,**  
Bufetat Region Øst, leder,  
grethe.strand.rolfsen@  
bufetat.no, tlf. 959 99 232

### Kommunal sektor

**Kristin Haugholt,** leder,  
Ringsaker, kristinhaugholt@  
hotmail.com, tlf. 951 72 032

### Avtalespesialister

**Henrik Riekeles Vik,**  
Helse Sør Øst, leder,  
Henrik@riekelesvik.no,  
tlf. 408 45 848

## 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,**  
forhandlingssjef,  
ja@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](http://www.psykologforeningen.no)

# Innhold

- 502 Spiseforstyrrelser og terapeutisk allianse**  
Fagessay | Landmark et al.
- 508 Viktige arbeidsvilkår for intensivt ungdomsteam**  
Fra praksis | Nærdal et al.
- 514 Emosjonsfokuset foreldreveiledning i barnevernet**  
Fra praksis | Aina Dyb Bjerke
- 521 Digital gruppeveiledning - en intervjuundersøkelse**  
Vitenskapelig artikkel | Kindle-Skauet al.
- 532 Håpets etikk**  
Etikkpanelet | Paul Leer-Salvesen
- 535 MENINGER**  
Debatt: Hva skal egentlig kommunen tilby? (s. 535)  
Kronikk: Brutalisering av seksualitet (s. 538)  
Debatt: Helseregionenes utdaterte og uriktige syn på kjønns mangfold (s. 542)  
Nei til ekstrem boikott (s. 544)  
En arrogant anklage om terror-støtte (s. 547)
- 549 Fra skam til stolthet: en skeiv psykologs beretning**  
Nye stemmer | Anders Løkkeberg
- 552 INNTRYKK**  
Anmeldelser: Medaljens bakside (s. 552)
- 558 Annonser**
- 563 Stillingsannonser**