

# Den blanke tavlen



TAVLE I BRUK Barnet blir raskt invitert til å reise seg, velge en tusj og tegne på tavlen, skriver artikkelforfatterne. Foto: Johner Images / Scanpix

Tverrfaglige konsultasjoner med barn og ungdom som har somatiske symptomtilstander er ofte krevende klinisk arbeid. Ved å aktivt bruke tavle og elementer fra familie- og samtaleterapi kan den tverrfaglige konsultasjonen i seg selv være en terapeutisk intervensjon.

## TEKST

**Nina Handelsby**

**Irene Elgen**

**PUBLISERT 2. august 2021**

## EMNER

familieterapi

Tavlemodellen

Barn og unge

Somatiske symptom- og relaterte lidelser

Oda på 13 har hatt vondt i magen og vært kvalm i lang tid. Siste halvåret har hun gått på skolen en til to dager i uken. Hun orker ikke være der når hun har vondt og er kvalm. Vil ikke at de andre skal se henne når hun føler seg dårlig. Oda har også droppet fotball og basket, og er stadig sjeldnere sammen med vennene sine etter skoletid. Mye av tiden tilbringer hun i senga si, med mobilen. Oda har vært hos fastlegen flere ganger. Ingenting ser ut til å være galt. Fastlegen har likevel vært bekymret og sendt Oda til forskjellige undersøkelser og til utredning på Barneklubben. Der finner de heller ikke

tegn til sykdom. Oda har likevel vondt i magen, og det blir bare vanskeligere for henne å gå på skolen.

Vondt i magen, kvalme, hodepine, svimmelhet og slitenhet er vanlige kroppslige plager hos både barn og voksne. Andre mer uvanlige kroppslige symptomer kan være kramper, lammelser og smertetilstander. Hos noen barn vedvarer symptomene, som blir til stor plage og fører til funksjonstap uten at det ligger fysisk eller psykisk sykdom til grunn (Wessely et al., 1999). Fire–ti prosent av barn og unge har somatiske symptomtilstander som krever tiltak fra hjelpeapparatet (Garralda & Rask, 2015). Tilstandene medfører redusert livskvalitet, risiko for uførhet i voksen alder og gjentatte utredninger, behandlinger og kronglete forløp i helsevesenet (Andvik et al., 2020; Heggstad et al., 2020; Kozłowska et al., 2020).

### **«Det er ofte utfordrende å danne seg en helhetlig forståelse av plagene og symptomene og gi tilstrekkelig hjelp som enkeltstående fagperson»**

Barn og unge med somatiske symptomtilstander er en heterogen pasientgruppe, med varierende og skiftende symptombilder. Problematikken er ofte sammensatt og kompleks. En biopsykososial, tverrfaglig og multimodal tilnærming er anbefalt i utredning og behandling av disse tilstandene (Helgeland & Gjems, 2020). En slik forståelse legger til grunn at somatiske symptomer utløses og opprettholdes av følelsesmessig, sosialt og kroppslig stress og belastninger over tid. Dette understreker hvor komplekse sammenhengene mellom stress, belastning og helse er (Helgeland & Gjems, 2020). Å forstå symptomer isolert, med spesialiserte utredninger og behandlinger, kan i verste fall vedlikeholde og forverre barnets symptomer og funksjonstap (Kozłowska et al., 2020). God hjelp forutsetter individuell tilpasning og tett dialog og samarbeid mellom fagpersoner på tvers av somatikk og psykisk helsevern (Elgen et al., 2021; Helgeland & Gjems, 2020). Helgeland og Gjems (2020) og Herner (2020) beskriver integrasjon av den biopsykososiale modellen i norsk klinisk praksis.

Mange hjelpere treffer disse barna og foreldrene deres i ulike deler av hjelpeapparatet. Det er ofte utfordrende å danne seg en helhetlig forståelse av plagene og symptomene og gi tilstrekkelig hjelp som enkeltstående fagperson. I denne artikkelen presenterer vi en konkret modell for tverrfaglig arbeid med barn og unge som har somatiske symptomtilstander.

**LES OGSÅ**

**Håndverker og psykolog**

I debatten om standardisering av terapi kan *psykologen som metafor for håndverkeren* gi rom for nyanserte og utvidende refleksjoner om det terapeutiske virket.

## **Tjenester på tvers**

Prosjektet Tjenester på tvers (TpT) søker å utvikle et tverrfaglig konsultasjonstilbud for barn og unge med somatiske symptomtilstander, stort funksjonstap og flere henvisninger til somatisk poliklinikk og psykisk helsevern. Målet er å bedre helsen til barn og unge med langvarige og kronglete pasientforløp. TpT-prosjektet startet i 2016 ved Klinikk psykisk helsevern for barn og unge på Haukeland universitetssjukehus. Prosjektet er omtalt i Nasjonal sykehusplan (Meld. St. 7 (2019–2020)).

Siden 2019 har omtrent 75 barn vært fulgt opp i TpT, som består av to tverrfaglige team med lege, fysioterapeut og psykolog. Barna og foreldrene kommer til en halvdags konsultasjon, der hensikten er å skape en helhetlig og felles forståelse av barnets symptomer, funksjonstap og livssituasjon, i tråd med den biopsykososiale tilnærmingen. Videre skal en finne retning og innhold for behandling og tiltak *sammen* med barnet og foreldrene. Fellessamtale og -oppsummering med barnet og foreldrene sammen med alle fagpersonene utgjør hoveddelen av den tverrfaglige konsultasjonen. Denne suppleres med en fysioterapeut- og legeundersøkelse og separate samtaler med barnet og foreldrene med en eller flere av fagpersonene. Der det er nødvendig, bidrar teamet til å etablere oppfølging i lokalt hjelpeapparat og å veilede dem (f.eks. fysioterapeut, helsesykepleier, skole, fastlege, PPT) og eventuelt henvise til videre utredning og behandling hos andre instanser i spesialisthelsetjenesten (f.eks. BUP eller somatisk poliklinikk). Barnet og foreldrene får én eller flere oppfølgingskonsultasjoner med teamet i påfølgende måneder, hvor fastlege og andre relevante hjelpere også kan inviteres med.

## **Den tverrfaglige konsultasjonen**

**«Barnets aktive rolle ved tavlen signaliserer eksplisitt at det barnet forteller, tegner og viser, er viktig for oss»**

Barna som kommer til TpT, har alt fra moderate somatiske plager til invalidiserende tilstander. Alle har stort funksjonstap, oftest i form av betydelig skolefravær og tilbaketrekking fra venner og fritidsaktiviteter. De fleste har tidligere erfaringer med undersøkelser og samtaler på sykehuset. Noen av barna uttrykker liten tro på at det vil være til hjelp for dem å møte oss, de gruer seg og vet ikke hva de kan forvente. En del av dem vi møter, har med seg opplevelser av å ikke bli trodd eller tatt på alvor i helsevesenet. Dette fordrer at vi er nysgjerrige på symptomene, plagene og tidligere

møter med helsevesenet, og at vi snakker et språk barnet og foreldrene forstår og som gjør at de føler seg forstått (Kozłowska et al., 2020).

Vår kliniske erfaring er at mange pasienter med behov for tverrfaglig oppfølging opplever at de må fortelle historien sin om og om igjen til ulike fagpersoner, og formidle videre hva andre fagpersoner har ment og sagt. Å treffe flere fagpersoner hver for seg kan være slitsomt og belastende. For noen barn og foreldre kan en del av konsultasjonene oppleves som et revolverintervju, der de får mange spørsmål på kort tid. I TpT møter familiene tre fagpersoner som kan stille spørsmålene og høre svarene samtidig, i én litt lengre konsultasjon. Dette reduserer gjentakelsene, gir mer effektiv informasjonsutveksling og kan også være kostnadseffektivt. Det gir også bedre tid til å bli kjent med barnet og barnets kontekst, utover symptomene, plagene og funksjonstapet.

I den tverrfaglige konsultasjonen skal legen, psykologen og fysioterapeuten vurdere symptomer og foreslå hjelpetiltak med utgangspunkt i sine respektive fag. På samme tid er møtet en arena hvor vi sammen med familien, og oss fagpersoner imellom, skaper en felles forståelse av symptomene, plagene og livet til barnet slik det er i dag. For at det skal være et godt møte for barnet og foreldrene, bør vi fagpersoner være samkjørte og enige om form, innhold og retning for konsultasjonen. Vi erfarer at dette fungerer best når vi tar oss tid til å planlegge konsultasjonen, fordeler oppgaver under og etter møtet, drøfter underveis i konsultasjonen og tar oss tid til evaluering etterpå. I motsatt fall kan en ende opp med en lang særfaglig konsultasjon, der de andre fagpersonene ikke slipper til eller ser relevansen ved å være til stede. Eller en risikerer at det blir flere parallelle særfaglige konsultasjoner, der fysioterapeut, lege og psykolog i samme samtale forfølger ulike tema med barnet og foreldrene.

## **Tavlemodellen**

Barna og foreldrene kommer til TpT i et møterom med en stor whiteboardtavle. Grant og Usher (2011) beskriver i sin artikkel «The whiteboard as a co-therapist» hvordan tavlen kan være en ypperlig samtalestøtte, og at man ikke alltid skjønner hvor nyttig tavlen kan være før man tar den i bruk. Inspirert av metoder for psykoedukasjon innenfor den biopsykososiale tilnærmingen (Helgeland & Gjems, 2020; Herner, 2018; Kozłowska et al., 2020) benyttet vi etter hvert tavlen i konsultasjonene. Vi har nå gjort det til en vane å bruke det vi kaller *tavlemodellen* stort sett hver gang, der det meste av informasjonen som kommer fram, tegnes og skrives på tavlen.

Tidlig i konsultasjonen, når vi tematiserer hva barnet ønsker hjelp til og grunnen til at familien kommer, skriver og tegner psykologen på tavlen det som blir sagt. Barnet blir raskt invitert til å reise seg, velge en tusj og tegne på tavlen selv. I samspill med psykologen legger vi opp til at barnet får forklare og fortelle om seg selv og familien, om plagene og om hverdagen. Erfaringene våre så langt er at de fleste barna kommer fram til tavlen. Ofte går de fra å sitte litt sammensunket og anspent i stolen mellom foreldrene sine til å reise seg opp og stå ranke foran oss ukjente voksne.

Oda tar imot invitasjonen til å reise seg opp. Hun velger seg en tusj og tegner familien sin på tavlen, mens foreldrene, legen og fysioterapeuten blir sittende. Hun står med ryggen til de voksne, tegner og svarer på spørsmål som hun forstår. Hun synes det er fint og litt rart at de lurte på hvem som er i familien hennes, og hvordan en vanlig dag er nå for tiden. Samtidig merker hun at de er nysgjerrige på hva som er plagsomt for henne, og hvordan hun har det.

Tavlen blir et felles referansepunkt og fokus gjennom konsultasjonen. Dette gir anledning til å validere det som fungerer godt, og det som er krevende for barnet og familien. Den bidrar til et større informasjonsstiltfang ved bruk av mer enn ord og gjør at alle kan se helheten og sammenhenger bedre. Det som skrives og tegnes på tavlen, er konkret og synlig for alle. Enkelte ganger overraskes foreldrene av at det kommer fram ny og viktig informasjon, og at det gir mening for dem å se alle deler av et ofte fragmentert informasjonsbilde i en samlet fremstilling.

I samspill med barnet foran tavlen får vi tilgang på viktig klinisk informasjon: Om barnets kommunikasjonsevner, språklig og kognitiv fungering, motorikk, pustemønster og bruk av kroppen. Vi kan se om barnet er preget av smerter og andre kroppslige symptomer her og nå. Vi kan også observere relasjonelle og sosiale ferdigheter, stressreguleringsstrategier og samspillet mellom barn og foreldre.

#### **LES OGSÅ**

#### **Dissosiativ identitetslidelse fra innsiden**

Inne på psykologkontoret sitter psykologen og Anne. Sammen med dem er også åtte andre persondeler. I terapien jobber de for å samarbeide godt, ta vare på kroppen og klare å leve best mulig i hverdagen. Ordene «jeg tåler hele deg» har betydd mye.

### **Tavlen som eksternaliserende samtaleverktøy**

**«Tavlen blir et felles referansepunkt og fokus gjennom konsultasjonen. Ved å bruke tavlen har vi fagpersoner blitt mer samkjørte i møte med barna og foreldrene»**

I narrativ terapi og eksternaliserende samtaler er intensjonen å skille klienten og problemet fra hverandre og få et klarere bilde av hvordan problemet påvirker klienten – det problemmettede narrative (f.eks. Johnsen & Torsteinsson, 2012). Klienten *er* ikke sine problemer. Ved å utforske hvordan problemet virker inn på barnet og familien, hva

som er unntakene fra problemet, og hvilke erfaringer de har med å påvirke problemet, får vi ofte bedre fatt i egenskaper og ressurser hos barnet og familien og ikke bare problemets natur. Hensikten med en slik eksternaliserende tilnærming er å identifisere og styrke fortellingen eller narrativet om barnet og familien som er noe annet enn det problemrettede narrativet (Johnsen & Torsteinsson, 2012).

I TpT har tavlen blitt et viktig verktøy for å skape avstand mellom barnet og selve symptomene og bli kjent med barnet utover problemene. Sammen med familien kan vi betrakte og ta stilling til det som er plagsomt. Det som står på tavlen, er konkret, men på samme tid også foranderlig. Vi kan stryke ut ting, flytte og knytte sammen, ta på, bruke ulike farger, størrelser og former, vi kan gjøre ting større og mindre. På tavlen blir sammenhenger, det sirkulære og skiftende ved symptomer og plager i de fleste tilfeller tydeligere og lettere å forklare og forstå. Når vi fokuserer på helhet og sammenhenger, gir dette også rom for sirkulære og refleksive spørsmål som kan gi utfyllende informasjon og sette i gang endringsprosesser hos dem vi snakker med. Våre erfaringer harmonerer med det Grant & Usher (2011) beskriver som virkningsfulle effekter av å bruke tavlen som hjelpemiddel i samtale.

I boka *Playful approaches to serious problems* beskriver Epston et al. (1997) hvordan narrativ terapi legger til rette for mer lekne samtaler med barn og foreldre om alvorlige, somatiske problemer. Inspirert av Epston et al. (1997), og ved hjelp av tavlebruken, erfarer vi at møtene i TpT kan være lette, varierte og ikke så alvorspregete. En uformell tone og veksling mellom alvorlige og hverdagslige tema åpner for humor og en god atmosfære, samtidig som vi anerkjenner den krevende livssituasjonen til familien.

Barnets aktive rolle ved tavlen signaliserer eksplisitt at det barnet forteller, tegner og viser, er viktig for oss. Det legger til rette for at vi kan være nysgjerrige på og få vite mer om barnets hverdag og liv utover plagene, og barnet får også vist mestrende sider ved seg selv. Det ligger symbolikk og påvirkningskraft i at barnet står, mens de voksne sitter. Barnet får helt konkret litt mer kontroll og større mulighet til å regulere seg i situasjonen (Berg & Steiner, 2003). Vi erfarer at tavlen bidrar til en ro i konsultasjonen, tempoet går ned, vi voksne «venter på tur» og lytter aktivt. Den hjelper oss til å holde fokus og leder oss tilbake på sporet hvis vi faller av.

## **Individuell tilpasning**

Noen av barna vil ikke reise seg når de inviteres til tavlen. De makter ikke å stå oppreist, blir overveldet, skjønner ikke poenget eller synes ikke det er relevant. Enkelte er engstelige eller synes det er vanskelig å forstå hva vi spør om. Foreldrene kan ha mye på hjertet, være frustrerte eller redde og gjør raskt krav på samtalen. Å stå foran tavlen er også slitsomt og krevende for mange av dem vi møter. Avveksling og variasjon i form av bevegelse, sette seg ned, holde på med fikleleker, snurre på stolen eller være fysisk aktiv i gymsal er en viktig del av repertoaret i TpT-konsultasjonen.

Motstand, passivitet eller sterke følelser kan gjøre at vi føler oss usikre, klønete og utilstrekkelige som hjelpere (Stige et al., 2019). Å takle at pasienter ikke er fornøyde, ikke ser relevansen eller føler seg hjulpet, er en del av det vi møter i TpT. Vi vil alltid ha

begrensninger når det gjelder å forstå, regulere stress, dempe sterke emosjonelle reaksjoner eller ta bort det vonde (Søreide, 2017). For fagpersoner er det til hjelp å tenke at det barnet og foreldrene viser i møte med oss, alltid er viktig informasjon, selv om det kan være ubehagelig for oss. Om det ikke blir slik vi hadde tenkt, vil det barnet og foreldrene viser oss, gi en anledning til å stoppe opp, utfordre oss til å være fleksible og tone oss inn på hva akkurat dette barnet og familien trenger. Kanskje må vi avslutte konsultasjonen tidligere, la barnet få pause og gi plass til foreldrene, eller skrinlegge tavlen for denne gang.

Tavlemodellen fungerer altså ikke alltid slik vi planlegger for, og individuell tilpasning er nødvendig. Som oftest bruker vi likevel tavlen i en eller annen form, som en «felles notatblokk» hvor vi skriver opp stikkord og informasjon som kommer fram, eller som visuell støtte i forklaring og psykoedukasjon om den biopsykososiale modellen, symptomer og lignende. Med strukturen som foreligger i TpT-modellen er det likevel rom for å tilpasse konsultasjonen. Åpenhet og dialog er vårt viktigste hjelpemiddel for å finne fram til det som passer for hver enkelt familie.

### **Teamet og tavlen**

Til å begynne med tok TpT-konsultasjonene som oftest form av separate, suksessive konsultasjoner med barnet og foreldrene og henholdsvis lege, psykolog og fysioterapeut. En del av tiden gikk med til at teamet utvekslet informasjon, for så å gi en felles oppsummerende tilbakemelding. Intensjonen var å legge til rette for å holde barnet i fokus og unngå at foreldrene overtok i konsultasjonen. Vi tenkte den gang at én felles samtale med barnet, foreldre og hele teamet ville være ubehagelig, stressende eller vanskelig for barnet. Vi antok også at det ikke ville gi mer informasjon enn vi kunne få hver for oss. Etter at vi tok i bruk tavlen og i økende grad holdt oss til formatet som beskrevet i denne artikkelen, er erfaringene våre at vi faktisk får til en god kommunikasjon og gjerne får mer informasjon når familien og alle fagpersonene er til stede. Vi ser også at de fleste barna takler felleskonsultasjonen godt, og at tavlen bidrar til at det blir en god og trygg situasjon for barnet.

For oss fagpersoner har det vært en omstilling å ikke selv alltid lede an konsultasjonen med barnet og foreldrene, å dele på å ha ordet og se at spørsmål og temaer utforskes på en annen måte enn en selv ville ha gjort. Vi har blitt utfordret på å utvikle en bevissthet for når en bør lytte og la de andre fagpersonene beholde ordet og styre samtalen, og når og hvordan en skal ta og gi hverandre ordet. Det har også vært en overgang å ha deler av våre faglige diskusjoner og drøftinger mens foreldrene og barnet er til stede, og å dra dem inn i drøftingen. Dette blir noe annet enn å diskutere seg fram til en konklusjon internt som deretter presenteres som en ekspert-tilbakemelding til barnet og foreldrene.

Ved å bruke tavlen har vi fagpersoner blitt mer samkjørte i møte med barna og foreldrene. Det har hjulpet oss fram til en samarbeidsform og -kultur hvor vi føler oss trygge på at våre respektive faglige perspektiv og roller er ivaretatt. Det blir tydeligere

for oss at vi er avhengige av hverandre og hverandres fag for å hjelpe barna vi møter, og at vi har noe å lære av hverandre.

Vi tar også med oss kunnskap, knep og erfaringer fra *tavlemodellen* i møte med pasienter som ikke kommer til tverrfaglige konsultasjoner, men som vi møter hver for oss. Blant annet har vi blitt mer oppmerksomme på hvor viktig det er å skape en trygg og rolig atmosfære i konsultasjoner. Videre har vi fått en bevissthet på hvordan det å eksternalisere hjelper oss å få tak i ressursene og konteksten til barnet og familien, noe som ofte gir viktig informasjon og bidrar til individuell tilpasning og konkrete tiltak.

Mer overordnet erfarer vi at TpT-prosjektet har bidratt til bedre koordinering, kommunikasjon og samarbeid mellom fagpersoner og avdelinger i klinikken, og at uavklarte tilstander blir avklart. Vi har hatt kontakt med omtrent halvparten av de 32 familiene som har vært til TpT-konsultasjon i 2019–2020. Flere rapporterer om reduksjon i skolefravær og symptomlette. Familiene forteller at de har fått en forståelse og støtte som hjelper dem til å komme seg videre, også der funksjon, symptomer og plager ikke blir bedre. Disse tilbakemeldingene får vi ofte også spontant etter selve konsultasjonen og ved oppfølgingskonsultasjoner.

## Oppsummering

Gjennom *tavlemodellen* erfarer vi at felles tverrfaglige konsultasjoner kan fungere godt, både for barna, foreldrene og oss fagpersoner. Vi får et større tilfang av informasjon enn vi ville fått gjennom separate konsultasjoner, og vi oppnår en felles og mer helhetlig forståelse av problemene. Med bruk av tavlen kan vi dra terapeutiske elementer fra blant annet familieterapi inn i den tverrfaglige konsultasjonen. Dette hjelper oss til å se barnet i en bredere kontekst, å inngi trygghet og å bygge på mestring og ressurser. Tavlen bidrar også til et felles fokus, ro og åpenhet i et krevende klinisk konsultasjonsarbeid. Slik kan den tverrfaglige konsultasjonen bli mer enn summen av delene og være et terapeutisk møte i seg selv.

*Artikkelen er skrevet med støtte fra Institutt for aktiv psykoterapi.*

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 58, nummer 8, 2021, side 682-688*

### TEKST

**Nina Handelsby**, Habiliteringstenesta for barn og unge, Barne- og ungdomsklinikken, Haukeland universitetssjukehus

**Irene Elgen**, Spesialpoliklinikken, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge, Haukeland universitetssjukehus

+ Vis referanser

Andvik, E., Elgen, I. B. & Greve, G. (2020). Vi må hindre at enda flere unge blir uføretrygdet. <https://www.dn.no/forskningviser-at-/helse/arbeidsliv/uforetrygd/innlegg...-1-887292>



- Berg, I. K. & Steiner, T. (2003). *...* Norton.
- Elgen, I., Lygre, R., Greve, G., Griffiths, S. & Heggstad, T. (2021). Interdisciplinary Approaches Suggested for Children With Multiple Hospital Referrals Presenting With Non-specific Conditions. *...* <https://doi.org/10.3389/fped.2021.656939>
- Epston, D., Freeman, J. & Lobovits, D. (1997). *...* Norton.
- Garralda, E. & Rask, C. (2015). Somatoform and related disorders. I A. Thapar, D. S. Pine, J. F. Leckman, S. Scott, M. J. Snowling & E. Taylor (red.), *...* (6. utg., s.1035-1054).Wiley-Blacwell. <https://doi.org/10.1002/9781118381953.ch72>
- Grant, L. & Usher, R. (2011). The whiteboard as a co-therapist: Narrative conversations in a generalist counselling setting. *...*
- Heggstad, T., Greve, G., Skilbrei, B. & Elgen, I. (2020). Complex care pathways for children with multiple referrals demonstrated in a retrospective population-based study. *...* (12), 2641-2647. <https://doi.org/10.1111/apa.15250>
- Helgeland, H. & Gjems, S. (2020). Somatiske symptomtilstander hos barn og unge. Fra ny viten til klinisk praksis. *...* (9), 657-665.
- Herner, L. B. (2020). Kropp eller psyke - det er begge deler! *...* <https://www.psykologforeningen.no/publikum/blogger/helsepsykologibloggen...>
- Johnsen, A. & Torsteinsson, V. W. (2012). *...* Universitetsforlaget.
- Kozłowska, K., Scher, S. & Helgeland, H. (2020). *...* Palgrave Macmillan. [https://library.oapen.org/bitstream/id/a931bc1e-f68b-4658-b6a6-7c23698a5e56/2020\\_Book\\_FunctionalSomaticSymptomsInChi.pdf](https://library.oapen.org/bitstream/id/a931bc1e-f68b-4658-b6a6-7c23698a5e56/2020_Book_FunctionalSomaticSymptomsInChi.pdf)
- Meld. St. 7 (2019-2020) *...* Helse- og omsorgsdepartementet. [https://www.regjeringen.no/contentassets/e353a5d022d84deabd969a5fe043783e/no/pdfs/i-1194\\_b\\_kortversjon\\_nasjonal\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/e353a5d022d84deabd969a5fe043783e/no/pdfs/i-1194_b_kortversjon_nasjonal_helse.pdf)
- Stige, S. H., Dundas, I., Schanche, E. & Hjeltnes, A. (2019). Kva typar mellommenneskelege situasjonar opplever norske psykologar oftast og som mest krevjande? *...* (8).
- Søreide, J. A. (2017). Mennesker vi møter. *...* (11), 779. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0344>
- Wessely, S., Nimnuan, C. & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: one or many? *...* (9182), 936-939. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)08320-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)08320-2)