

Reidar Schei Jessen

Leirvoll, Olsen Høye & Bakken

Rune Johansen & Fredrik Cappelen



Psykologtidsskriftet



Denne utgaven ble godkjent til trykk
22.05.2025

ISSN 0332-6470

Postadresse

Postboks 419 Sentrum, 0103 Oslo

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams
katharine@psykologtidsskriftet.no

Utgiver Norsk psykologforening,
generalsekretær Ole Tunold

Henvendelser til redaksjonen
redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debattinnlegg
meninger@psykologtidsskriftet.no

Annonser psykologi@hsmedia.no
Bestillingsfrist 16.06, 17.07, 18.08, 16.09

Opplag 10 900

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams
Psykologfaglig redaktør Gro Walø-Syversen
Journalist Matt Oxman

Produksjonsansvarlig Veronica Bjartan

Teknisk redaktør Christian von Schack

Redaktører Daniel Willumstad Gunstveit,
Heidi Wittrup Djup, Ida Sund Morken

Markedsansvarlig Unni Sandland

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

Form Maria Astrup & Kristin Bø
Omslagsillustrasjon Bee Macclaskey
Trykk Aksell AS

© Tidsskrift for Norsk psykologforening. Alt innhold på
www.psykologtidsskriftet.no er fritt tilgjengelig. Fra januar
2025 er alt innhold publisert under åpen tilgang (open access)
med Creative Commons-lisensen CC-BY 4.0. Med unntak av
vitenskapelige artikler publisert under CC BY-lisensen siden
1. juni 2022, har Psykologtidsskriftet kopirettighetene på alt
innhold før 2024. 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.

 **Fagpressen**



INNHold

NR 6 - 25

Psykologtidsskriftet
Vol 62

OMSLAG

Bee MacLaskey har laget forsideillustrasjonen og sier: Jeg ville formidle stolthet, styrke, fellesskap, glede, alliertskap, motstandskraft i det skeive miljøet – og fremfor alt kjærlighet!



Budsjettkrise venter INTERVJU Matt Oxman	314
Psykoanalytiske perspektiver på drivet til lek FAGARTIKKEL Rune Johansen og Fredrik Cappelen	316
Emosjonsfokusert gruppeterapi ved langvarig utmattelse FRA PRAKSIS Ruth-Anne Tomtum Kleve	323
Musikkterapi i tverrfagleg behandling i psykisk helsevern for barn og unge ORIGINALARTIKKEL Fugle et. al	328
Emosjonelt utviklingsnivå hos personer med utviklingshemming OVERSIKT Leirvoll, Olsen Høye og Bakken	336
Hestefasilitert psykoterapi i spesialisthelsetjenesten FRA FORSKNINGEN Walderhaug, Thorpe, Amundsen Nissen-Lie, Hove og Ajo Arnevik	342
MATCH: transdiagnostisk behandling for barn og unge i psykisk helsevern FRA FORSKNINGEN Silje Hukkelberg og Kristin Berg Nordahl	344
Det som skjer i lukkede rom KRONIKK Siri Næs	347
Skeive hverdagsliv i storsamfunnet ETIKK/PANELET Reidar Schei Jessen	350
Fornuft og følelser i retten ANMELDT Ellen Margrethe Wessel	354
Overgrepsutsattes ansvar for skammen BOKESSAY Marit Råbu	356

TEKST Matt Oxman
Journalist

KONTAKT matt@psykologtidsskriftet.no

Budsjettkrise venter

Professor Stine Lehmann tar utfordringen som ny dekan ved Det psykologiske fakultet i Bergen.

– Du ble enstemmig valgt av fakultetsstyret forrige torsdag. Gratulerer!

– Takkt for det!

– Jeg spør som journalister spør atleter som har vunnet noe: Hvordan føles det?

– Hehe, det kjennes veldig bra. Vi har etablert et veldig godt og motivert dekanatteam som er veldig klare for å gå i gang med arbeidet.

– Fakultetet har et underskudd i frie midler på flere titalls millioner. Ingen stilte til valg før den opprinnelige fristen, kanskje fordi den økonomiske situasjonen vil gjøre jobben så vanskelig. Er du masokist?

– Det er helt klart at fakultetet er i en utfordrende økonomisk situasjon. Det er forståelig at det kan være vanskelig å mobilisere folk til å gå inn og ta på seg den typen ansvar. Men vårt dekanatteam er veldig glad for at vi har samlet oss på tvers av institutter, og vi er et team som jeg tenker vil ivareta både et helhetlig og langsiktig perspektiv for å bevare og styrke fakultetets situasjon.

– Hva gjorde at du ville stille?

– Jeg ble sterkt oppfordret til å stille blant kollegaer, og det er jo en henvendelse jeg tar på alvor. Vi har et demokratisk styringssystem hos oss, og det fordrer at man vurderer den typen rolle når man blir bedt om det. Personlig er jeg forferdelig glad i og stolt av Det psykologiske fakultetet i Bergen. Vi er det eneste psykologiske fakultetet i landet. Og jeg har vært profesjonsstudent her og tatt doktorgraden min her, og ser for meg å leve et langt liv fortsatt på fakultetet. Innimellom så er det din tur for å gjøre en ekstra innsats.

– Hva tenker du om budsjettkrisen?

– Vi har en situasjon som krever at vi prioriterer og skaper balanse i måten vi driver hele virksomheten vår på. Det er utfordrende, men vi har også i fakultetet vårt sterke fagmiljøer som produserer forskning av høy kvalitet.

Vi tilbyr samfunnsrelevante studieprogram, med god innsøking hovedsakelig og god studiepoengproduksjon. Og vi har en høy fullføringsgrad blant studentene. Det gjør oss også robuste i møte med det økonomiske underskuddet som har akkumulert seg over tid.

– Hvilke konkrete tiltak vil du gjøre umiddelbart for å redusere underskuddet?

– Fakultetsstyret er det øverste styringsorganet hos oss. De har vedtatt en langsiktig økonomisk rammeplan som skal bringe oss i balanse innen 2027. Denne planen må vårt team følge opp og gjennomgå når vi tiltrer i august sammen med det nye fakultetsstyret. Og så er det viktig å ivareta ansattes trivsel og kvaliteten i arbeidet vårt gjennom perioden hvor vi nå gradvis kommer til å bli færre ansatte som skal løse oppgavene våre. Der har fakultetet allerede startet tiltak rundt dimensjonering av studieprogrammer og programporteføljen vår. Det arbeidet vil vi følge opp når vi tiltrer i høst.

– I et debattinnlegg i januar (Visted et al., 2025) skrev kollegaer av deg ved fakultetet: «Mangelen på styring av den forestående nedbemanningsprosessen, og dermed muligheten til å sikre nødvendig kompetanse, er bekymringsfull fra vårt synspunkt.» Deler du bekymringen?

– Vi er nødt til å unngå at redusert bemanning fører til at nøkkelfunksjoner i studieprogrammer forsvinner uten at vi klarer å erstatte dem. Vi har lovpålagte krav knyttet til enkelte av våre studieprogrammer, som profesjonsstudiet i psykologi, og det er viktig at vi opprettholder kvaliteten i disse programmene. Her må vi ha en god dialog med Universitetet i Bergen sentralt. Vi er forpliktet til å prioritere helsefag. Det kommer frem av tildelingsbrevet fra Kunnskapsdepartementet til universitetet. Det skal vi følge opp. For å sikre at vi ivaretar disse kravene for utdanning hos oss, så har vi i vårt team styrket laget ved at vi gjenoppretter en egen visedekanrolle for

DEN NYE DEKANEN

FOTO THEODOR FLO-GROENBOOM



Navn: Stine Lehmann

Nåværende stillinger:

- Professor ved Institutt for klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen
- Seksjonsleder ved Seksjon for barn og unge ved Psykologisk universitetspoliklinikk.

Forskningsgruppe: Bergen Research group for intervention

and mental health across the lifespan (BRIM)

Utdanning:

- Spesialisering i klinisk psykologi, barn og unge
- Profesjonsstudium og doktorgrad ved Det psykologiske fakultet

Avhandling: Lehmann, S. (2015). Mental Disorders in Foster Children: A Study of Prevalence, Comorbidity, and Risk Factors [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen]. Bergen Open Research Archive. <https://hdl.handle.net/1956/10786>

profesjonsstudiet i psykologi.

– Betyr det at dere kommer til å prøve å styre nedbemanningen?

– «Nedbemanning» er et begrep med ganske klare juridiske implikasjoner. Det vi har å gjøre med her, er en stillingsstopp. I den økonomiske rammeplanen ligger det forskjellige scenarioer med naturlige avganger. Så er det slik at vi har forpliktelser gjennom RETHOS (nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene, red. anm.) og gjennom normeringsgrunnlaget til tilsynsrapporter fra NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen, red.anm.) som gjør at vi har noen minstekrav vi må forholde oss til når det gjelder blant annet profesjonsstudiet. Og hvis vi kommer i en situasjon der vi ser at vi ikke får det til innenfor den rammeplanen som er lagt, så er det nødvendig for oss å ha en dialog med universitetet sentralt om hvordan vi skal oppfylle våre forpliktelser.

– Helge Holgersen, en annen kollega av deg, sa i et intervju til en sak om ditt kandidatur (Oxman, 2025a) at et dekanat med politisk tæl vil gjennomgå hele studieporteføljen og vurdere å droppe program. Er dere i så fall et dekanat med politisk tæl?

– I den økonomiske situasjonen som fakultetet har nå, så må vi gå sammen med fagmiljøet og ta stilling til hvordan programtilbudet vårt kan utvikles videre. Det

er et langsiktig og strategisk arbeid. Da blir det viktig å få fram ulike synspunkter. Nå er det sånn at det allerede er igangsatt arbeid med gjennomgang av studieporteføljen. Det arbeidet kommer vi til å følge opp. Det handler både om dimensjonering innad i programmer, men også hele programporteføljen vår.

– Kan fakultetet opprettholde et like bredt tilbud av studier som nå og samtidig sikre kvaliteten i profesjonsstudiet? Hva tenker du om spenningsforholdet mellom profesjonsstudiet og andre studier?

– Vi i vårt team ser det nok ikke primært som en interessekonflikt at man samler ulike utdanningsløp med forskjellige formål på vårt fakultet. Snarere tvert imot så er jo styrken til fakultetet nettopp det at ulike fagmiljøer og utdanningsløp møtes. Som det eneste psykologiske fakultet i Norge så er vi faktisk i en unik posisjon til å drifte og videreutvikle en bredde av studier innenfor våre disipliner. Vårt utgangspunkt er at vi utdanner fremtidige yrkesutøvere som vil møte krav om økt samhandling på tvers av disipliner. Her har vi et potensial ved å lage og videreutvikle mer fleksible utdanningsprogrammer og emner som kan gi studenten tverrfaglig, forskningsbasert undervisning, samt erfaring med tverrfaglig samhandling, gjennom sine studieløp. Det er en styrke.

– Apropos å jobbe på tvers: I en ny rapport om forskningen ved fakultetet får dere skryt, men evalueringskomiteén skriver også at forskningen ved fakultetet virker fragmentert. Hva tenker du om den kommentaren?

– Der tror jeg du har fått gode svar fra sittende prodekan for forskning (Oxman, 2025b). Og så er det jo slik at denne rapporten gir et utenfrablikk og står på egne ben som en evalueringsrapport. Uansett om vi deler vurderingen i denne rapporten eller ikke, så gir jo dette oss et løft for videre arbeid med forskningsaktiviteten ved fakultetet. Så dette er en rapport vi kommer til å sette oss grundig inn i når vi begynner, og legge som grunnlag for videre arbeid med kvaliteten på forskningen ved vårt fakultet. Generelt tenker jeg det er potensial for mer samhandling og samordning, men i forhold til denne rapporten, så trenger vi tid til å sette oss inn i vurderingsgrunnlaget og konklusjonene før vi kan uttale oss om dem.

– Et litt mer hyggelig spørsmål til slutt: Hvilken del av jobben ser du mest frem til?

– Hehe, jeg ser frem til å jobbe sammen med et sterkt motivert dekanatteam, hyggelige og dyktige medarbeidere og engasjerte studenter. Jeg tenker vi er i en situasjon hvor vi trenger å gå sammen på ulike nivåer av organisasjonen og gjennomføre de endringene som gjør at vi kommer styrket ut som fakultet – at vi styrker fakultetets posisjon – og at vi også i fremtiden er i stand til å fylle vårt viktige samfunnsoppdrag både med kvalitet og integritet. P

REFERANSER

Oxman, M. (2025a, 25. april). Endelig dekanat ved Det psykologiske fakultet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a-so4ae-Endelig-dekanat-ved-Det-psykologiske-fakultet>

Oxman, M. (2025b, 13. mai). Stjerne i marginen til Psykologisk institutt i Oslo. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a-so5ae-Stjerne-i-margen-til-Psykologisk-institutt-i-Oslo>

Visted, E., Jakobsen, R. & Stige, S. H. (2025, 16. januar). Viktig kompetanse kan gå tapt ved Universitetet i Bergen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a-so1ae-Viktig-kompetanse-kan-ga-tapt-ved-Universitetet-i-Bergen>

TEKST Rune Johansen

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Enhet for klinisk forskning og innovasjon, Diakonhjemmet Sykehus og selvstendig avtalepraksis, Oslo

TEKST Fredrik Cappelen

Universitetet i Oslo, Psykologisk Institutt og Lovisenberg Diakonale Sykehus

Psykoanalytiske perspektiver på drivet til lek

Leken er et sentralt trekk ved det å være menneske, og rommer utviklende krefter og muligheter.

Fenomenet lek i psykoterapi med barn er både fascinerende, flyktig og en smule magisk. Hvorfor leker barn? Lek er ikke bare noe som viser seg på terapirommet, men også utenfor – og leken har eksistert over lang tid. Det kan virke som drivet til å leke er et grunnleggende trekk ved det å være menneske.

Psykoanalysen er en teori og praksis som har belyst fenomenet lek klartest. Lek anses som en iboende drift som medieres og utvikles i sosiale relasjoner, og er en kapasitet som er avgjørende for å bearbeide erfaringer, følelser og relasjoner til andre (Fonagy et al., 2002). Vi utforsker hvordan psykoanalytiske perspektiver utvider forståelsen av drivet til lek, og illustrerer teorien med en barneterapi.

Drivkraft i følelsesorganiseringen

Vi har tidligere skrevet om drifter og følelser i et psykoanalytisk perspektiv (Cappelen & Johansen, 2024). Lek er en sentral drivkraft i følelsesorganiseringen. Oppdagelsen av lek som drift (Panksepp, 1981, 2007) åpnet for å se på lek i sammenheng med nevrofysiologiske prosesser. Solms (2021) beskriver hvordan driften lek også organiserer og regulerer de andre grunnleggende driftene våre, slik at vi kan uttrykke og være i kontakt med følelsene på en mer sosial måte. Nils Eide-Midsand (2007) har knyttet det til studier av hvordan lek i barneterapi stimulerer kontakt og følelsesregulering. Pellis et al. (2022) har gjennom studier av boltrelek hos rotter studert nevrofysiologiske prosesser som aktiveres. Eksperimentelt er det vist at fri lek styrker og utvikler eksekutive funksjoner hos skolebarn (Coelho et al., 2020).

Som Winnicott (1971) beskriver, kan alle følelser og temaer utfolde seg i leken. Lek handler om utforsking, ofte med glede og tilfredsstillelse, selv om temaene kan være svært alvorlige. Leken er også prososial og oppstår ofte mellom individer. Drivet til lek er derfor grunnleggende for at vi blir sosiale vesener.

Solms (2021) peker på hvordan leken slutter å være lek når late som-kvaliteten blir borte og sterke følelsessystemer tar over. Et eksempel er når doktor-pasient-leken blir LYST (driftsmodulene er markert med store bokstaver i Panksepps teori). Eller fengslingen i politi-røver-leken blir alvor. Da vekkes FRYKT eller RASERI. Følelser som ikke kan bearbeides og mentaliseres, må fortrenkes eller utageres. De plasseres i det dynamisk ubevisste, og individet havner da i følelsenes vold (Cappelen & Johansen, 2024).

Lek og utviklingspsykologi

Drivet til lek har også en viktig funksjon for barnets utvikling. Barneterapeut Barish (2020) presenterer forskning på sosial, emosjonell og kognitiv utvikling og lek. Funnene kan oppsummeres i syv punkter: (1) Barnet erfarer bekreftende respons i leken, deler affekter, styrker tilknytning til viktige andre gjennom aktiviteten. (2) Leken stimulerer selvregulering av følelser. (3) Leken stimulerer evnen til tilpasning og samspill. (4) Leken bidrar til læring av gjensidige regler og grenser. (5) Leken skaper følelser av gjensidig deling, problemløsning, kreativitet samt kognitiv fleksibilitet. (6) Leken hjelper barnet med å håndtere vanskelige følelser. (7) Leken skaper en ramme for læring av verdier. Utviklingsområdene fungerer samtidig og overlappende.

Lek i psykoanalytisk teori

Innen psykoanalytisk teoriutvikling og idéhistorie ble man svært tidlig opptatt av lek (Johansen & Cappelen 2020). Drivet til lek og funksjonen lek har holdt seg sentralt i alt psykoanalytisk arbeid med barn.

Barnelegen og psykoanalytikeren Winnicott er den som mest inngående har utforsket og løftet frem driften til lek i universell og vid forstand. Allerede i 1942 forsøker

— *det er terapeutens oppgave å hjelpe pasienten inn i en tilstand der lek er mulig igjen*

han å svare på spørsmål knyttet til hvorfor barn leker, i artikkelen «Why Children Play» (Winnicott, 1942). Han oppsummerer i 1968 (Winnicott, 1968):

1. Lek er i hovedsak kreativ.
2. Lek er spenningsfylt: Den integrerer sammenhengen mellom det subjektive og objektive.
3. Lek foregår i overgangsfeltet, i det han kaller «Potential Space», der innholdet kommer fra både mor og barn samtidig.
4. Lek gir mulighet til å erfare adskillelse uten å være fullt adskilt, og er samtidig en langsom prosess for å integrere erfaringer og relasjoner.

Winnicott poengterer hvordan et sunt barn kjennetegnes av å ha glede i leken. Han vektlegger *evnen* til lek mer enn innholdet i leken, og den er like viktig hos voksne som hos barn (Winnicott, 1971). Han forstår lek i vid forstand som en tilstand vi også er i som voksne når vi for eksempel erfarer kunst og kultur.

Winnicott definerer psykoterapi som en relasjon mellom individer som leker sammen. Hvis pasienten ikke lenger klarer å leke, er det terapeutens oppgave å hjelpe pasienten inn i en tilstand der lek er mulig igjen. I klinisk praksis vektlegger han terapeutens evne til å kunne leke som det kurative, i større grad enn tolkning. Terapeuten skaper rom for at pasienten får en mulighet til å oppdage seg selv, mer enn at terapeuten forstår og forklarer.

Winnicott beskriver også hvordan uhåndterlige følelser og fantasier kan uttrykkes og bearbeides på en trygg måte i leken. Angst blir håndterbar, og evnen til å kunne skille mellom seg selv og andre utvikles («me» and «not-me»). Leken muliggjør at barnet utvikler seg som et selvstendig individ og helt menneske. Barnet oppdager selvet og utvikler evnen til kreativitet. Den gradvise adskillelsen fra mor danner grunnlag for samarbeid, vennskap og sosial fungering. Senere samler han disse idéene i boken *Playing and Reality* (1971). Hans kunnskap om lek ble



integrert i klinisk praksis og teorier: «Spatula-Game» og «Squiggle-game» (Berger, 1980), teorier om overgangsobjektet, overgangsfenomener og overgangsfeltet («Potential Space») (Winnicott, 1953).

En annen psykoanalytiker som vektlegger hvordan vi gjennom relasjonen til en annen får hjelp til å tenke, uttrykke og representere våre erfaringer, er Wilfred Bion (Bion, 1962). Bearbeidingen av emosjonelle opplevelser, erfaringer og prosessen med å gi dette tilbake til barnet eller pasienten skaper mulighet for å symbolisere. Denne prosessen kaller han containment (Bion, 1965). Bion beskriver utvikling av symbolisering enda nærmere enn Winnicott, men samtidig mangler han den kreative lekeprosessen i sin teori. Modellene utfyller hverandre; Winnicott beskriver lekemodus og bearbeiding gjennom lek og kreativitet, og Bion er enda klarere på hvordan ulike symboler oppstår, og hjelper oss å tenke gjennom en annen. Drivet til lek er et forsøk på å symbolisere, men prosessen avhenger av en annen som kan forstå og tenke om våre erfaringer.

Nyere perspektiver på lek

I nyere psykoanalytisk teori og erfaring blir drivet til lek viktig. Fonagy et al. (2002) bygger i stor grad på Winnicott og Bions teorier. Fonagy et al. (2002) forankrer de psykoanalytiske teoriene i mengder av utviklingspsykologisk kunnskap, klinisk erfaring, nevropsykologi og forskning. De viser hvor sentral evnen til å symbolisere er i vår utvikling, og vektlegger særlig lekens rolle for utvikling av kapasiteten de kaller for *mentalisering*. De argumenterer for at barnet i normalutvikling gjennomgår en prosess der det gradvis evner å uttrykke og skille mellom indre realitet (følelser, tanker og intensjoner) og ytre realitet. Utviklingen skjer i stadier, og de viser hvordan følelser, stress, traumer og manglende utviklingsstøtte kan skape vansker med å mentalisere.

Lekens temaer i ulike aldre

Winnicott, Bion og Fonagy fokuserer på lekens betydning for barnets utvikling til symbolisering og mentalisering, som igjen virker tilbake på deres kapasitet til å leke. Gilmore og Meersand (2014) beskriver på sin side *temaene* barn leker i sin utvikling, fra et psykoanalytisk perspektiv. Fra ett- til toårsalderen handler leken mer om hvordan barnet gir mening til følelsesmessige relasjoner og angstskapende situasjoner. Fra to til tre år blir leken mer omfattende, og hendelser i virkeligheten trekkes inn i leken.

Fra tre- til femårsalderen modnes det kognitive apparatet parallelt med at verden og leken blir mer kompleks. Evnen til å regulere følelser utvikler seg sammen med evnen til symbolisering, som igjen akselererer innholdet i leken. Typiske tema omfatter alle driftene våre i mer symbolisert form. I leken gis det rom for triumf over rivaler, samtidig som forbudte følelser og sårbarheter ved å være barn kan benektes. Samtidig kan litenhet og avhengighet utforskes, for eksempel i rollene som lillesøster eller hund.

I skolealder får leken et annet uttrykk. Den blir mindre kreativ, preget av organisering og konstruksjon.

— Typiske tema omfatter alle driftene våre i mer symbolisert form

sjon. Temaene å vinne – tape, lede – følge utvikler selvdisciplin, empati for andre, toleranse for skuffende utfall og å vinne med ydmykhet. Fantasering og dagdrømming tar over, og kjønnsforskjeller i lek blir tydeligere på gruppenivå. Fenomenene varierer innenfor ulike kulturer, og er også i endring i vår kultur.

Lek i psykodynamisk psykoterapi

Det eksisterer flere studier på effekt av psykodynamisk psykoterapi for barn og unge. Mange omhandler spesifikt terapi med barn der lek blir brukt som kommunikasjonsmiddel (Kernberg et al., 1998; Midgley et al., 2021). Evne til lek er forbundet med motstandskraft ved traumer (Chazan et al., 2016; Cohen et al., 2010; Tessier et al., 2016). Halfon et al. (2019) fant en statistisk signifikant sammenheng mellom en god terapeutisk prosess og relasjon med sin terapeut. Videre fant forfatterne at en bedre evne til å uttrykke vanskelige følelser gjennom lek hadde sammenheng med bedre evne til å regulere følelser og færre symptomer.

Vi har nå beskrevet noen psykoanalytiske perspektiver på drivet til lek teoretisk og gjennom forskning. Vi vil nå illustrere perspektivene gjennom et klinisk eksempel på barneterapi.

Presentasjon av kasus: Per åtte år

Per var åtte år da han begynte i terapi. Han strevde med sinneutbrudd hjemme og på skolen. Per ble ofte terget og ledd av når han mistet kontrollen, løp etter andre, raste og gråt. Han kunne kverulere med lærere dersom han følte seg presset, men overfor den kvinnelige kontaktlæreren kunne han vise mer sårbarhet og tillit.

Mor beskrev en god tidlig utvikling. Egen oppvekst beskrev hun som god, men også til tider preget av frykt og usikkerhet. Per sin far reiste mye i jobb. Da Per var to år, fikk han en lillesøster, og ble beskrevet som snill og omsorgsfull storebror. Det var få synlige konflikter mellom søsknene. Mor kunne se en sårbarhet hos Per som han syntes å skamme seg over. Hun opplevde at han kunne svelge gråten og forsvarte seg for ikke å tape ansikt.

I det første møtet fremsto Per alvorlig og anspent. Han fortalte at han var best i klassen i fotball, den beste til å trikse. Han var lite interessert i lekene og forklarte at han

hadde sluttet å leke. Han vil helst tegne fotballemblemene. Da terapeuten tok frem noen dyr i sandkassa, begynte Per spontant å leke flere slåsskamper der særlig en liten apekatt fikk gjennomgå.

Per: Din lille dust, ha, ha (trækker på den lille med en større bjørn, flere store dyr står rundt).

T: Oi, den fikk gjennomgå.

Per: Ja, den er en mammadalt som bare begynner å grine.

T: Høres ganske vanskelig ut for han.

Per: Ja, han er ganske alene.

Kommentar: Terapeuten erfarer at Per kommuniserer vanskelige følelser og temaer gjennom leken og i kontakten. Etter innledende møter blir terapeuten og foreldrene enige om terapi på lekerom. Foreldrene møter en forelderarbeider regelmessig, og tidvis også terapeuten, for å jobbe med å forstå Per og samspillet med omgivelsene bedre.

Innledende fase – klump i halsen

Per fortsatte å lage liknende lekesituasjoner der en som var underlegen, ble rasende, mistet kontrollen og ofte ble straffet. Etter noen måneder endret temaet seg. Den lille fikk en superkraft som gjorde at han kunne kaste hele gjengen med større dyr unna. Per ble så aktivert at dyrene gikk i veggen.

T: Oi, der var det mye krefter. Ikke så rart han var sint med så mange store og ugreie typer rundt seg.

Per: Nei, men han har jo superkrefter. Klarer seg selv.

T: Ja, han måtte kanskje være temmelig stor og sterk med så mange mot seg. Har han ingen venner?

Per: Jo, en venn. Han er grei. Han kunne fly.

T: Oi, det høstes spennende ut å kunne fly. Men kanskje også litt farlig?

Per fortsatte å leke og spurte terapeuten om han kan kjenne på en klump i halsen iblant.

Agering

Selv om Per nå leker mer, veksler kontakten mellom lek, kontakt og brudd i leken der han distanserer seg når vanskelige følelser blir vekket i ham. I en time kommer mor fortvilet inn alene. Hun forteller at Per nekter å komme inn til timen, og at han hadde sagt han heller ville krasje bilen i en vegg. Terapeuten må bli med ut, og klarer å komme i snakk med Per. Per blir da med inn. På lekerommet starter Per straks med en lek i sandkassen med figurer som blir gravd ned, der noen han kaller «de voksne», må finne og lete opp de forsvunne.

T: Oi, der forsvant de igjen. Og så leter de voksne etter dem.

P: Ja, nå kan de lure på hvor de er.

T: Ja, de ble kanskje redde?

P: Ja, de ble redde for ikke å finne han.

T: Ja, lurer på om de skulle føle på det, å være redde for gutten sin.

Per graver videre og fortsetter å gjemme figurer. Terapeuten hjelper ham litt. Etter en stund sier terapeuten følgende.

T: Der forsvant han igjen, og de voksne ble redde. Det var litt som med oss i dag, da du ikke ville inn hit.

Per ser på terapeuten og fortsetter å grave.

T: Noen ganger når man har vanskelige følelser, vil man kanskje at andre skal forstå at det ikke er så greit, kanskje gjemme seg bort og bli funnet.

Per ser på terapeuten igjen og smiler.

P: Og nå fant de han! Da skulle de ha et selskap sammen. Nå vil jeg leke med disse figurene. De var i krig fordi disse slemmingene var ute etter dem.

Kommentar: Da Per ikke vil inn i timen, blir mor bekymret og stresset. Vi kan se for oss at terapeuten også kjenner på en bekymring, eksempelvis for at gutten vil bryte ut av behandlingen, eller for at han ikke klarer å hjelpe. Vi kan lure på om Per nå begynner å bringe vanskelige temaer og følelser inn i terapien. *Ageringer* av ulikt slag er ofte en indikasjon på at viktige følelser melder seg som kan være utfordrende for terapeuten, men som samtidig gir en mulighet til å forstå og sette ord på viktige følelseslister.

Rom for å tenke

Etter hvert åpnes mulighetene seg for å arbeide med Pers konfliktfylte følelser og temaer.

Det har bygget seg opp til krig mellom flere, både dyr og menneskefigurer. Det er vanskelig å få oversikt over hvem som er i krig med hvem, og hva de kriger om. Terapeuten kommenterer på kaoset, og undrer seg over alle kreftene. Da er det en liten menneskefigur som tar tak i en ape. De er på vei bort fra kampene og de andre. De er på vei til et stille sted, et sted der de kan snakke sammen.

Kommentar: Per viser gjennom leken at det fortsatt er konflikter og u håndterlige følelser i omløp. Samtidig er det i ferd med å åpne seg en mulighet for å snakke, forstå og tenke sammen, en kontrast til kaoset i lekescenen.

Når det er behov for mer lek: Per og terapeuten har lekt med noen slanger: De er farlige med mye gift i seg. Terapeuten instrueres i at han ikke er redd. Slangene har spist og drukket, terapeuten har passet på dem. Etterpå er det et skifte, og Per spør seg om de er farlige gutteslanger, eller kjæresten. De blir plutselig tvillinger.

T: Jeg tenkte på det med giften. Hva handlet det om?

P: Du er bare opptatt av å tenke, du!

Terapeuten forsøker å opponere.

T: Det er vel ikke farlig å tenke? Men var det ikke litt farlig med all den giften de hadde i seg?

Per responderer med å virke merkbart irritert. Han slår etter terapeuten med elefanten.

T: Elefanter husker jo alt.

— *Hvordan Per leker, gir oss et unikt innblikk i det som var vanskelig for ham*

Når timen er over, vil Per at terapeuten skal ta vare på slangene/barna.

Kommentar: Terapeuten er for utålmodig. Temaer som ser ut som de begynner å kunne symboliseres, er ennå ikke klare for ord, og tilstander og følelser er sammenblandet. For rask tenkning om fare og destruksjon blir truende, og får pasienten til å reagere. Selv om påpekningen fra terapeuten er riktig, er altså ikke Per klar for å verbalt tematisere blandingen av kjærlighet og fare enda. Vi kan lure på om nærheten og forsøket på å forstå fra terapeuten opplevs truende i sekvensen.

Sterke følelser kan lekes og tenkes om

Lenger ut i terapien blir det mer struktur over leketemaene. Det kommer gjentatte sekvenser der spesielle små dyr eller menneskefigurer dyttes utfor kanten av bordet. De skades, dør og blir borte. Terapeuten strever med hvem han skal legge sin medfølelse hos. Han får ingen respons på å støtte dem som blir dyttet ut. Men terapeuten kommenterer på kraften som må til for å dytte og å kvitte seg med de andre, åpner for mer ro og mindre trykk. Per har også innimellom vist frustrasjon over lillesøster og frustrerende småbarn den siste tiden.

T: Du har vært mye sint på søsteren din!

P: Mm.

T: Det kjentes som det kunne ha vært greit å bli kvitt henne.

P: Har du ikke skjont det før nå?

T: Og det ble du helt alene med.

Spenningen i relasjonen og i terapeuten slipper, og leken har endret seg. Følelser er ikke så farlige lenger, og det går an å snakke om Pers sinne uten skam og overveldende skyldfølelser. Det gjør det lettere for Per å kjenne på et sinne i flere relasjoner, også i relasjoner med søsken.

Per og terapeuten kan nærme seg en avslutning av terapien. Parallelt har det vært et arbeid med foreldre og skole for å gi rom for endringsprosessen hos Per. Hjemme kommer sinnet mer som naturlig selvhevdelse, og krangel med søsteren preges av vanlig rivalisering og det å finne sin plass. På skolen endrer situasjonen seg. Per havner mindre i konflikter, og lærerne oppfatter ham som en del av gruppen. Han kan forsvare seg når han trenger det, uten å miste kontrollen og ansikt.

Diskusjon

I teksten har vi illustrert drivet til lek gjennom ulike teoretiske linser. Winnicott, Bion, Fonagy og Gilmore/Meersand vektlegger tilknytningen og den emosjonelle utvekslingen mellom barn og voksen som avgjørende for evnen til lek og mentalisering i normalutvikling. Skal barnet utvikle en kapasitet til å være i lekemodus der temaer kan bearbeides, trenger barnet også hjelp når følelser tar over og blir for sterke gjennom barnets psykologiske utvikling, slik som i terapien med Per. Etter hvert oppstår det en synergieffekt der kapasiteten til lek også påvirker evnen til å uttrykke og regulere følelser, som igjen leder til autonomi og vekst.

Med utdraget fra terapien med Per har vi vist hvordan man i psykodynamisk terapi med barn forankrer og fremmer drivet til lek. I relasjon til terapeuten skapes premisser for at barnet over tid skal kunne leke ut og symbolisere følelser og tanker. Leken viser oss noe av det som er vanskelig, men den trenger også å utvikle seg i et trygt rom over tid. Hvordan Per leker, gir oss et unikt innblikk i det som var vanskelig for ham. Det som kommer fram, er hans motstand mot å kjenne på sårbarheten og følelser som sammenblandes og overvelder.

Når terapeuten åpnet for muligheten for at Per kunne leke, trengte han ikke noen videre oppfordring. Drivet til lek åpenbarer seg. Helt fra starten av terapiforløpet var de sentrale temaene knyttet til håndtering av aggresjon, unngåelse eller straff av den lille i leken (og i seg). Det trengs tid, han er ikke moden for å ta av seg «skallet», eller beskyttelsen han har vært avhengig av. Langsamt åpnes det opp for å nærme seg det umulige. Agering blir langsamt til ord og symboler. I den kreative relasjonen der lek er den primære kommunikasjonsformen, kan Per fortelle om muligheten for et rom for ro, tenkning og følelser.

Muligheten for tenkning og representasjoner illustrerer Winnicotts lek og Bions containment-prosess. Terapeuten må også jobbe med egen bearbeiding og forståelse, både av Per og av egne reaksjoner. Det oppstår et felles prosjekt som Per og terapeuten må igjennom fram mot at det blir tillatt å symbolisere det aggressive og destruktive på en trygg måte.

Vårt inntrykk er at barn leker mindre. I BUP (Barne- og ungdomspsykiatrien) benyttes lek mindre i terapi, og i skolen har det blitt mer søkelys på skolearbeid og faglig prestasjon. Vi lurte også på om vi voksne er engstelige for å gå inn i lek. Vår erfaring er at det å møte et barn gjennom lek krever en spesiell holdning og toleranse for ikke umiddelbart å forstå. Dette er utfordrende for den som skal jobbe med terapi. Lek er usikkert, flyktig, og vi vet ikke hva som vil skje og dukke opp.

Samtidig er vår erfaring fra terapirommet at det gir gevinst og mening å møte barn på denne måten over en lengre periode. I vår tid skal mennesker forstås raskt, ofte forenklet inn i avgrensede kategorier for eksempel gjennom en diagnose. Dette kjennetegner også skoleverket, som også legger vekt på målstyring, planlegging og styrt innhold. Det er mulig vi i dag søker å unngå uvissheten og spontaniteten som leken gir i møtet med

barn. Vår erfaring er at barns lek inneholder en rikdom og samtidig en meningsdannelse som vi bør ta på alvor og skape rom for. Hvis vi tillater dette, vil vi kunne åpne opp for subjektiv erfaring, følelser og samspill som kan forbløffe oss og skape endring.

Konklusjon

Drivet til lek virker å være en grunnleggende del av det å være menneske. Vi har undersøkt ulike psykoanalytiske perspektiver på hvorfor vi leker, og har illustrert dette med en barneterapi. Viktigheten av at terapeuten, men også voksne generelt, tilrettelegger for og våger å stå i lekens uforutsigbare, spontane og emosjonelle karakter, er vesentlig.

Vi vet etter hvert mer om det nevrofysiologiske grunnlaget for det iboende drivet til lek. Winnicott har beskrevet fenomenet klinisk og fenomenologisk. Hans begrep overgangsobjektets og overgangsfeltets funksjon relatert til lek åpner for en måte å forstå vår indre verden på, samt for hvordan man kan arbeide med endringer i denne indre verdenen. Bion utviklet forståelsen av prosessen til en måte å representere og danne symboler

og mening. En relasjonell prosess der følelser tas imot, tenkes om og gis tilbake. Idéene er i dag støttet i mer forskningsbaserte termer gjennom teori om mentalisering. Det er økende evidens for at lek er en viktig ingrediens i psykoterapi med barn. Barn som blir møtt gjennom lek, utvikler evnen til å være i vanskelige temaer samtidig som de får mindre symptomer og bedret affektregulering (Halfon et al., 2019).

Med eksempelet Per har vi gitt et innblikk i hvordan et slikt arbeid kan arte seg. Drivet til lek har mangfoldige terapeutiske muligheter og innfallsvinkler. Leken viser selvrepresentasjonen, identitetsarbeidet, arbeidet med å finne sin plass i sosiale hierarkier, følelser og det å håndtere det å være innenfor og utenfor i sosiale situasjoner. Late som-prosessen utvikler kommunikasjonsferdigheter: det å gjøre seg forstått og strevet med å sette seg inn i andres motiver og tanker. Barnet utvikler forståelsen av sosiale regler: hva som er akseptabelt, og hvordan fungere sosialt. Leken danner også grunnlaget for utviklingen av empati.

Den psykodynamiske forståelsen av lek løfter frem lekens utviklende krefter og potensial. Vi som jobber med barn, bør våge å invitere til, gå inn i, respektere og omfavne barnets lek for å skape rom for utvikling og endring. ♡

REFERANSER

- Barish, K. (2020). The Role of Play in Contemporary Child Psychotherapy: A Developmental Perspective. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, 19, 148–158. <https://doi.org/10.1080/15289168.2020.1756031>
- Berger, L. R. (1980). The Winnicott Squiggle Game: a vehicle for communicating with the school-aged child. *Pediatrics*, 66(6), 921–924.
- Bion, W. R. (1962). The Psycho-Analytic Study of Thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 306–310.
- Bion, W. R. (1965). *Transformations: Change from Learning to Growth*. Tavistock.
- Cappelen, F. & Johansen, R. (2024). Nye perspektiver på drifter og følelser illustrert av en barneterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(3), 154–159.
- Chazan, S. E., Kuchirko, Y., Beebe, B. & Sossin, K. M. (2016). A Longitudinal Study of Traumatic Play Activity Using the Childrens Developmental Play Instrument. *Journal of Infant and Child and Adolescent Psychotherapy*, 15(1), 1–25. <https://doi.org/10.1080/15289168.2015.1127729>
- Cohen, E., Dr., Chazan, S., Lerner, M. & Maimon, E. (2010). Posttraumatic play in young children exposed to terrorism: An empirical study. *Infant Mental Health Journal*, 31(2), 159–181. <https://doi.org/10.1002/imhj.20250>
- Coelho, L. A., Amattoc, A. N., Gonzalez, C. L. R. & Gibba, R. L. (2020). Building executive function in pre-school children through play: a curriculum. *International Journal of Play*, 9(1), 128–142. <https://doi.org/10.1080/21594937.2020.1720127>
- Eide-Midsand, N. (2007). Boltrelek og lekeslåsning: I. Lekens funksjon i psykoterapi og i barns normale utvikling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(12), 1459–1466.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, L. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Karnac Books. <https://doi.org/10.4324/9780429471643>
- Gilmore, K. & Meersand, P. (2014). *Normal Child and Adolescent Development: A Psychodynamic Primer*. American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615371501.lro3>
- Halfon, S., Yilmaz, M. & Çavdar, A. (2019). Mentalization, session-to-session negative emotion expression, symbolic play, and affect regulation in psychodynamic child psychotherapy. *Psychotherapy*, 56(4), 555–567. <https://doi.org/10.1037/pst0000201>
- Kernberg, P., Chazan, S. E. & Normandin, L. (1998). The Children's Play Therapy Instrument (CPTI): Description, Development, and Reliability Studies. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(3), 196–207.
- Midgley, N., Mortimer, R., Cirasola, A., Batra, P. & Kennedy, E. (2021). The Evidence-Base for Psychodynamic Psychotherapy With Children and Adolescents: A Narrative Synthesis. *Frontiers in Psychology*, 12, 662671. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.662671>
- Johansen, R. & Cappelen, F. (2020). «Lek på alvor» En idéhistorisk reise i teori om lek i psykodynamisk tenkning. *Mellanrummet*, 29, 29–38.
- Panksepp, J. (1981). The ontogeny of play in rats. *Developmental Psychobiology*, 14, 327–332.
- Panksepp, J. (2007). Neuroevolutionary sources of laughter and social joy: Modelling primal human laughter in laboratory rats. *Behavioural Brain Research*, 182, 231–244. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2007.02.015>
- Pellis, S. M., Pellis, V. C., Ham, J. R. & Achterberg, E. J. M. (2022). The rough-and-tumble play of rats as a natural behaviour suitable for studying the social brain. *Frontiers of Behaviour Neuroscience*, 16, 1033999. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.1033999>
- Solms, M. (2021). Revision of Drive Theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 69(6), 1033–1091. <https://doi.org/10.1177/00030651211057041>
- Tessier, V. P., Normandin, L., Ensink, K. & Fonagy, P. (2016). Fact or Fiction? A longitudinal study of play and the development of reflective functioning. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 80(1), 60–79. <https://doi.org/10.1521/bumc.2016.80.1.60>
- Winnicott, D. W. (1942). “Why Children Play.” I *The Child, the Family and the Outside World* (s. 143–146). Penguin.
- Winnicott D. W. (1953). Transitional objects and Transitional phenomena: Study of the first not-me position. *International Journal of Psychoanalysis*.
- Winnicott, D. W. (1968). Playing: Its Theoretical Status in the Clinical Situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 591–599.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. Basic Books.

TEKST Ruth-Anne Tomtum Kleve
Institutt for psykologisk rådgivning (IPR)

Emosjonsfokuseret gruppeterapi ved langvarig utmattelse

Arbeid med vanskelige følelser tilknyttet utmattelsen kan gi rom for sorg og selvmedfølelse.

I snart ti år har jeg jobbet med mennesker i terapirommet som strever med langvarig utmattelse. Klientene har typiske symptomer som gjennomgripende utmattelse, smerter, svimmelhet, kognitive vansker, søvnløshet og stress. Selv med mye hvile klarer ikke kroppen deres å restituere slik den pleier. Mange som strever med utmattelse, føler seg ikke forstått eller tatt på alvor, og i verste fall føler de seg mistrodd av dem som skal hjelpe. Jeg opplever at forskere, fagfolk og klienter har et ekstremt symptomfokus, og at det jaktes på årsaksforklaringer og raske løsninger. Klientens opplevelse av det å være syk synes å havne i bakgrunnen, både i faglitteraturen og i behandlingssammenheng.

Som psykolog med emosjonsfokuseret tilnærming jobber jeg med klientens emosjonelle smerte, som melder seg i takt med utmattelsen. Mange føler seg ensomme i en isolert hverdag som innebærer utallige timer med ro og hvile. Sorg over tapt liv og savn etter familie, venner og kolleger er ofte sentrale temaer i timene. Arbeid med intens frykt for symptomforverring og angst for ikke å bli

KONTAKT kleve@ipr.no

MERKNAD Klientene har undertegnet samtykkeskjema om publisering fra gruppeterapien. Ingen oppgitte interessekonflikter.

frisk igjen er vanlig. Og mange klienter skammer seg over tilstanden, fordi utmattelse er så sterkt kritisert i samfunnet. De føler seg ubrukelige når de ikke kan jobbe, og arbeid med skam og selvkritikk er svært ofte temaer i terapirommet. Sinne er også en sentral følelse i utmattelsen, særlig fordi kroppen står i veien for å leve et fullverdig liv.

På bakgrunn av mine erfaringer fra terapirommet ønsket jeg å starte en gruppeterapi med tema utmattelse og følelser. Målet er å skape et behandlingsrom der klientene kan få jobbe med smertefulle følelser knyttet til opplevelsen av å være utmattet, heller enn å være opptatt av selve utmattelsessymptomene.

— forskere, fagfolk og klienter har et ekstremt symptomfokus

Emosjonsfokusert terapi som teorigrunnlag

Det teoretiske grunnlaget for gruppeterapien er emosjonsfokusert terapi (EFT). Hovedfokuset i EFT er arbeid med følelser, og følelser anses å være det viktigste signalsystemet som gir informasjon om emosjonelle behov (Greenberg & Paivio, 1997). Følelsene aktiveres når noe er viktig for oss. Signalene kjennes som kroppslige fornemmelser, og de hjelper oss til å handle for å få det emosjonelle behovet dekket (Stiegler et al., 2018). Følelser kan være smertefulle, og vi tilegner oss da strategier som demper eller unngår følelsens intensitet. Disse strategiene kan være viktig for å beskytte og hjelpe oss med å tilpasse oss en krevende livssituasjon. Om strategiene blir til fastlåste emosjonelle mønstre, mister vi kontakt med følelsene som fungerer som indre veiledere, og vi mister følelsen av oss selv. I tillegg blir ikke de emosjonelle behovene ivaretatt (Greenberg, 2010).

I EFT jobber vi med å løse opp de fastlåste emosjonelle mønstrene og hjelpe klienten til å få mer kontakt, klarhet og aksept for egne følelser. I tillegg er arbeid med transformative prosesser sentralt, der gamle smertefulle følelser endres gjennom å få tilgang til nye adaptive følelser som selvmedfølelse, sorg og selvhevdelse (Stiegler & Hagen, 2023). EFT anvendes på samme måte for klienter med utmattelse. Utmattelse er en tilstand som kan ramme alle, og er et tilleggssymptom ved for eksempel nevrologiske sykdommer, somatiske sykdommer, psykisk lidelse, senvirkning av infeksjon eller utbrenthet (Berge et al., 2023).

Den som er rammet av utmattelse, opplever en krise i livet, og det er naturlig at det aktiveres smertefulle følelser. De vonde følelsene kan være krevende å håndtere for mange, og det er vanskelig å få dekket

de emosjonelle behovene i en hverdag med svært lavt funksjonsnivå og lite sosial kontakt. Sett i lys av emosjonsfokusert teori er det nærliggende å anta at klientene tilegner seg strategier for å unngå den emosjonelle smerten, og at strategiene er nødvendige for å holde ut. Strategiene vil imidlertid også innebære en risiko for å utvikle fastlåste emosjonelle mønstre når utmattelsen blir langvarig. Klienten har i tillegg med seg sin livshistorie med minner, livsbelastninger og emosjonelle sår inn i sykdomsforløpet. Det er naturlig at gamle emosjonelle sår også aktiveres i sårbare perioder, og kan skape en dypere emosjonell smerte, i tillegg til følelsene som er knyttet til selve utmattelsen.

For å skape gode emosjonelle endringsprosesser hos klienten er det viktig med en trygg og aksepterende terapeutisk relasjon. I EFT anses en god terapeutisk relasjon å ha potensial til å gi klienten korrigerende emosjonell og relasjonell erfaring (Stiegler, 2018). De relasjonelle erfaringene vektlegges som en sentral del i gruppeterapien, og målet er at deltakerne skal kunne gi dette til hverandre i prosessen.

Mål og struktur

Det er to hovedformål med gruppeterapien. Det ene er å skape et godt fellesskap med opplevelsen av tilhørighet og trygghet, og følelsen av å være betydningsfull for andre. Det andre formålet er at deltakerne blir bedre kjent med egne følelser gjennom kroppslig opplevelse, setter ord på dem, tåler og aksepterer egne følelser samt formidler sine emosjonelle behov. Det er også et mål at deltakerne får økt kapasitet til å regulere smertefulle følelser, og ivareta seg selv gjennom egenomsorg, egenstøtte og selvhevdelse i en krevende periode av livet.

Deltakerne hadde en 30 minutters kartleggingssamtale i forkant av første gruppemøte. Gruppen møttes ukentlig over 6 uker, à 90 minutter. Et kontor stod tilgjengelig som hvilerom (det ble ikke brukt). Gruppeterapien var en miks av psykoedukasjon og aktivt arbeid med følelser. Den var delt inn i følgende tema:

1. Å bli kjent og skape kontakt
2. Tristhet, sorg, savn og ensomhet
3. Frykt og angst
4. Selvkritikk og skam
5. Selvmedfølelse og selvhevdelse
6. Avslutning

Gruppemøtene startet med en individuell innsjekk på maks 2 minutter. Deretter jobbet gruppen med dagens tema knyttet til hjemmeoppgave fra gangen før. Alle gruppemøtene ble rundet av med 2 min individuell utsjekk. I tillegg til å snakke om følelser fikk deltakerne hjelp til å være i egne følelser, tåle den emosjonelle

smerten, sette ord på og formidle følelsene og emosjonelle behov til de andre. De som lyttet, kunne gi støtte og omsorg tilbake til den som hadde delt. På den måten kunne hele gruppa forsøke å imøtekomme det emosjonelle behovet til den som har formidlet.

Gruppesamlingene

1. Å bli kjent og skape kontakt

Jeg henter inn gruppa fra venterommet. De setter seg ned i sirkelen med stoler. Det er helt stille, og jeg lar det være litt sånn. Så bryter jeg stillheten og sier: «Nå skal vi ta en runde der dere skal få si noe om dere selv, og om utmattelsen. I tillegg skal dere hente frem den følelsen dere opplever som mest smertefull ved å være utmattet.»

Det er fortsatt helt stille, og jeg starter med meg selv. Jeg sier litt om jobben min som psykolog, forteller at jeg selv har vært utmattet, og at frykt var min mest utfordrende følelse da jeg var syk. For meg var dette en gjennomtenkt selvsavsløring. Jeg ville formidle til deltakerne at jeg forstår noe av hva de står i, og at vi nå står sammen. I tillegg ønsket jeg å formidle håp. I EFT bruker vi selvsavsløringer når vi vurderer at det støtter klientens vekst og utvikling (Hummelsund, 2024). Nå hadde jeg gjort det, og selvsavsløringen kjentes greit ut for meg. Men ville den komme til nytte for deltakerne? Noe løsner i gruppa, og stemningen blir lettere. En deltaker tar ordet, så den neste, og en til. Alle sier noe. Først om utmattelse som er knyttet til kreftsykdom, leddgikt, IBS, utbrenthet, long covid, langvarig depresjon og angst. Felles for alle er at de har båret på emosjonell smerte i takt med årelang utmattelse. Følelsene tristhet, ensomhet, frykt og skam løftes frem som det mest smertefulle.

Etter presentasjonsrunden jobber vi med følelser gjennom psykoedukasjon. Jeg formidler også hvordan vi skal jobbe videre med å få kontakt med følelsene i kroppen gjennom intervensjonen fokusering. Så runder vi av det første gruppemøtet med utsjekk, der alle formidler at de er lettet og spent på veien videre. De får med seg to hjemmeoppgaver:

Gjøre en gitt fokuseringsøvelse, og skrive ned et emosjonelt minne der de kjente på ensomhet/tristhet og/eller savn.

2. Tristhet, sorg, savn og ensomhet

Vi starter med innsjekk, før vi jobber med fokusering i praksis. Fokuseringsøvelsen innebærer i grove trekk å rette oppmerksomheten innover mot kroppslig fornemmelse, sette ord på og gi mening til den indre sansingen og egne følelser (Stiegler, 2018). Mot slutten av øvelsen spør jeg om noen vil si noe. Temaer som sorg over tapt helse, ensomhet, savn etter en frisk kropp eller en god venn kommer til overflaten. Dette skaper en naturlig overgang til at alle deler sitt emosjonelle minne fra hjemmeoppgaven. En av deltakerne sier hun ikke føler seg trist, men bare mislykket:

Klient: Jeg har ikke fått til noen ting i livet, og jeg eier ikke tiltaksløst. Jeg klarer ikke å jobbe. Jeg går

på medisiner, og nå klarer jeg ikke å føle noe heller. Vanligvis ville jeg grått nå, men det gjør jeg ikke. Det er litt godt, men jeg føler meg handikappet. Jeg tror alt dette begynte for noen år siden. Etter at jeg innså at jeg ville forbli barnløs. Da ble alt meningsløst.

Terapeut: Så det var som om noe endret seg på innsiden da du skjønnte du ikke kunne få barn, som om det veltet en sorg over deg, over det barnet du ikke fikk.

K: Ja (ser ned). Og nå kjenner jeg musklene rundt øynene strammer seg her (peker). Men det skjer ikke noe. Jeg er fortsatt handikappet.

T: Ja, det er ikke så rart du føler deg handikappet når du ikke får til å gråte over noe som betyr så mye for deg, og som er så vondt. Så sa du noe om at musklene rundt ansiktet strammet seg. Så se om du kan bli litt i det, og kjenne på de stramme musklene.

K: Det er vondt, og nå er det vondt i halsen også.

T: Ja, så se om du kan bli værende i halsen en stund, kjenn på det som gjør vondt ... jeg ser øynene dine blir blanke.

K: Ja.

T: Se om du kan sette ord til de blanke øynene, hva vil de si.

K: Det er så uendelig trist, og jeg er så lei meg, det er så vondt inne i meg, det er som om det synker noe inne i meg (tårene renner).

T: Hm, ja, så vondt ... bare gråt. Det er som om kroppen blør over et så stort tap, og det er bare så mye sorg på innsiden. Så bli der litt til. Jeg er med deg, og vi er med deg.

Hun gråter, og gruppemedlemmene har varme, blanke øyne, noen gråter med henne. «Se om du kan løfte blikket og se deg rundt», sier jeg. Hun ser opp og sukker. Gruppa formidler varme, omsorg og støtte. Hun som har delt, tar imot omsorgen, og hun retter seg intuitivt opp, blikket hennes blir klarere, og et varmt smil brer seg over ansiktet. Vi sjekker ut og runder av. Deltakerne får to spørsmål å grunne over til neste gruppemøte:

Hva gjør deg redd? Og hva kommer til å skje med deg om det du frykter, skjer?

Jeg går inn på et annet kontor og skriver journal. Når jeg kommer tilbake for å låse tre kvarter senere, så sitter alle der fortsatt og snakker sammen.

3. Frykt og angst

Etter innsjekk jobber vi med fryktens funksjon. Frykt er viktig for overlevelse på flere plan, også ved utmattelse. For når vi er syke med sterke symptomer, så trenger vi et kraftig fryktsignal i kroppen om at noe er galt. Det er det signalet som gjør at vi oppsøker legehjelp for undersøkelse, behandling og betryggende ord. En i gruppa forteller at hun blir redd når hun strever med søvn og smerter:

K: Når jeg sover lite, så får jeg kramper i magen. Jeg blir så redd fordi magen er så vond. Og jeg er så redd smerten skal bli verre, og at jeg har en dødelig sykdom.

T: Hm ... ja, det høres skikkelig vondt ut, både i magen og med all frykten. Det er jammen ikke rart du blir

— klientens emosjonelle smerte melder seg i takt med utmattelsen

redd når smertene er så intense, og at det da føles som om de aldri skal ta slutt.

K: Ja, og jeg føler meg så alene, og skikkelig redd. Og når jeg kommer til legen, så kan de ikke gjøre noe, og de sier det vil gå over. Det er ingen som kan hjelpe, og jeg blir så redd. Akkurat som da jeg var liten og foreldrene mine bare lot meg være alene, også når jeg hadde det vondt. Det var så ensomt, og jeg var redd da også.

T: Ja, det er klart du var redd. Du var et barn, og stod helt alene i det som var vondt og vanskelig for deg. Og foreldrene dine var opptatt med sitt ... Så hvordan kjennes det at jeg sier det?

K: Jeg merker jeg er så drittlei av at alle andre bare er opptatt av seg selv og ikke tar ansvar! (Roper og sparker hardt i gulvet).

T: Selvfølgelig blir du forbanna! Det er som om det roper inni deg: «At jeg ikke skal behandles på denne måten! At jeg fortjener noe mer! At jeg ikke skal være alene når jeg har det vondt?»

K: Ja, det er akkurat det! Faen heller!

T: Ja, faen heller, for sånn skal det jo ikke være! Og hvordan kjennes det på innsiden nå?

K: Godt, jeg føler meg sterk! Ah, herregud, beklager for at jeg ble så sint ...

T: Det er bare så forståelig at du ble sint. Og det sinnet er det plass til i dette rommet.

«Er det noen i gruppa som vil si noe», spør jeg.

«Jeg synes det er rart jeg ikke ble redd når du ble sint, jeg er egentlig livredd for sinne. Også synes jeg det er skikkelig bra at du bare slipper det løs», sier en. «Ja, du er skikkelig modig», sier en annen. «Og jeg kjenner meg igjen i det du forteller om legen. Jeg er livredd for ikke å bli trodd hos legen», sier den tredje. «Jeg ble faktisk ganske redd da du ble så sint», sier den neste. «Det var virkelig ikke meningen å skremme deg», sier hun tilbake.

Etter en pause jobber vi med å skille frykt og angst, og at angst ikke gir hjelpsomme signaler om et emosjonelt behov. Flere av deltakerne sier de kjenner seg igjen i angsten. En forteller at hun er redd for å bli gal. En annen er redd for å glemme å ta ut stikkontakter. Og en er livredd for å dø fra datteren sin, og sier gråtende: «For datteren må ikke bli alene, hun har ingen andre voksne. Og hvem skal passe på henne om jeg dør?» Det er flere i gruppa som gråter med henne, og de formidler trøst, støtte og omsorg til henne. Vi sjekker ut, og flere av deltakerne formidler at

de føler seg rolig, og at det er godt å ikke føle seg så alene med den vonde frykten. Jeg avslutter med en ny hjemmeoppgave til neste gang:

Skriv ned 5–10 setninger som din indre kritiker forteller til deg. Disse setningene skal du lese høyt for de andre neste gang.

Så går jeg og skriver journal, og alle i gruppa blir sittende og snakke sammen, helt til de blir låst ut en drøy halvtime senere.

4. Selvkritikk og skam

Det er en spent stemning i rommet når deltakerne sjekker inn. En sier hun er mer nervøs enn vanlig. En annen kjenner seg kvalm, og en tredje sier hun helst ikke vil være der. Skammen har allerede meldt sin ankomst. På håndskrevne lapper står ordene fra deres indre kritiker i fete bokstaver. Jeg velger å lede tydeligere i dag enn tidligere, siden skammen gjør alt den kan for å skape taushet og gjemme den emosjonelle smerten. Jeg hjelper den første deltakeren i gang, og hun leser: «Jeg er stygg, jeg har stor mage, jeg får ikke til noe.» Så neste: «Jeg er umulig å elske, ingen kjæreste kan elske meg, jeg har en stygg kropp og er ekkel.» Og neste: «Jeg har ikke fått til noe i livet, jeg er lat og ubrukkelig. Hele meg er mislykket.» Noen leser med skjelvende og lav stemme, mens andre er strenge og nådeløse i tonefallet. Luften i rommet kjennes tykk og tung, og det er en slags kvelende stemning i gruppa. Jeg spør alle hvordan det kjennes i kroppen når de leser setningene sine høyt. En merker hun er kvalm, føler seg ekkel og syk. En kjenner seg kraftløs og tung. Flere sier de helst vil forsvinne. Men de forsvinner ikke, de holder ut sammen, ved å gjøre det skammen hater mest: De bringer den frem i lyset, hvor den sprekker – akkurat som trollet i eventyrene. Så skjer det et skifte i gruppa, og flere protesterer mot sin indre kritiker. En sier: «Jeg er så lei av at du herser med meg! Du tar feil, for jeg får til mye selv om jeg er syk! Jeg er ikke lat, jeg er syk – hører du?!» En annen uttrykker: «Jeg tror ikke på deg lenger når du sier at ingen liker meg.» I takt med deltakerens protest og selvheldelse blir selvkritikeren svakere. De får den til å krympe seg i fellesskap, og de skyver den ekle kritikeren ut av gruppa. Det er lettere å puste ved utsjekk, og gruppa får en ny oppgave til neste time:

Hvordan tar du vare på deg selv når du er trist, redd eller skamfull?

Det har blitt rutine at alle sitter igjen og snakker sammen etter gruppemøtet mens jeg skriver journal.

5. Selvmedfølelse og selvhevdelse

Etter innsjekk spør jeg gruppa hvordan de gir omsorg til seg selv når de kjenner seg ensomme, triste, redde eller skamfulle. De formidler at de skroller på mobilen, spiser godteri, ser en serie, legger seg under et teppe, drikker te eller snakker med en venninne for å roe emosjonell smerte. Flere uttrykker at det er lettere å gi omsorg til tristhet enn til skam og frykt, som de heller skyver bort. En deltaker sier at hun ikke forstår hva egenomsorg er, og hun fortviler over at hun ikke får til det andre gjør. Når jeg spør hvordan det kjennes å fortelle om det, så sier hun at hun er stressa og føler seg dum. I takt med dette stryker hun seg over armen. Jeg tar sjansen og sier:

T: Hm ... så la jeg merke til noe nå som du sier du er stressa og føler deg dum. Så er det noe med den hånden som stryker på armen din. Kjenner du den?

K: (Ser litt ned) Ja, den varmer.

T: Ja, den varmer ... og det er litt som om du gir deg egenomsorg akkurat nå?» «Som om hånden varmer deg, og sier at det går bra. Og at du demper noe smertefullt inne i deg med den?

K: Ja, kanskje det», sier hun og smiler. «Kanskje kan jeg egenomsorg uten å vite det.

T: Ja, kanskje det. Vi gjør en rekke ting med kroppen som hjelper å roe oss når vi har det vondt. Kroppen vet hva vi trenger, ofte uten at vi er bevisst det, sier jeg.

Gruppemøtet rundes av med en utsjekk preget av ro og varme. Alle blir sittende i samtale for siste gang her mens jeg skriver journal fra dagens gruppemøte.

6. Siste samling

Vi starter siste samling med en fokuseringsøvelse, og mot slutten av øvelsen spør jeg om noen vil si noe om det de kjente på. En kjente på hvor redd hun var for ikke å bli frisk. En annen merket hun var lei seg, og en tredje kjente seg usikker og rar. Det var akkurat som om temaene vi hadde vært gjennom i gruppeterapien, kom tilbake, og det førte til en organisk oppsummering. Jeg spurte: «Hva har vært det viktigste for dere i gruppeterapien? Om dere

skulle plukke ut én ting dere har lært, og ta det med ut i livet – hva vil det være?»

Alle sa de hadde lært mer om egne følelser, og noen sa de var overrasket over hvor mye som skjedde i kroppen når de følte noe. En uttrykte at hun ikke visste at hun hadde så mye skam. En annen sa: «Og all den sorgen som bor i meg, det har vært godt å være sammen med dere.» En annen sa spontant: «Nå er jeg klar for å bli kvitt styggen på ryggen!»

Samtlige var enig i at det var for liten tid med 90 min, og noen kunne trengt mer tid til å lukke igjen det vonde før de gikk hjem. Noen ønsket mer struktur og instruksjoner på hvordan de skulle gi tilbakemeldinger til den som hadde snakket. Til slutt sa en at det hadde vært fint at jeg hadde delt litt av min erfaring i første time. Og at det var godt å merke at jeg også var et medmenneske. Det hadde gjort at det ble lettere for henne å åpne opp, sa hun. «Også gav det håp om bedring», sa en annen. Flere av de andre nikket samtykkende til det.

Avslutning

Min erfaring så langt er at emosjonsfokustert gruppeterapi er et godt behandlingstilbud for den som strever med utmattelse. Å jobbe med smertefulle følelser i gruppekontekst etablerte en ekte og dyp kontakt mellom gruppe-medlemmene. Dette gav deltakerne en sterk opplevelse av å stå sammen, og minsket følelsen av ensomhet i utmattelsen. EFT egner seg også godt for å hjelpe klienter med utmattelse bort fra plagsomme og lite hensiktsmessige utmattelsessymptomer og over til verdifulle emosjoner. Arbeid med adaptive følelser som selvmedfølelse og selvhevdende sinne virket særlig å være verdifullt for bedre selvivaretagelse. Jeg tror deltakerne vil ta med seg de emosjonelle opplevelsene, og at de er bedre rustet til å ivareta egne emosjonelle behov i den svært krevende perioden i livet sitt med utmattelse.

Emosjonsfokustert gruppeterapi er ikke tilstrekkelig som eneste behandling for den som strever med langvarig utmattelse, men kan være et viktig supplement i et helhetlig behandlingstilbud. 

REFERANSER

- Berge, B., Dehli, L. & Fjerstad, E. (2023). *Energi-tyvene. Utmattelse i sykdom og hverdag*. Aschehoug.
- Greenberg, L. S. (2010). *Emotion-Focused Therapy*. American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. Guilford Press.

- Hummelsund, D. (2024). Empatisk inntoning på affekt. I A. H. V. Hagen & J. R. Stiegler (Red.), *Terapeutens håndbok i emosjonsfokustert terapi*. Empty Chair Publisher.
- Stiegler, J. R. & Hagen, A. H. V. (2023). Emosjonsfokustert terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(12), 841–850. <http://doi.org/10.52734/RJXJ6924>

- Stiegler, J. R. (2018). *Emosjonsfokustert terapi. Å forstå og forandre følelser*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Stiegler, J. R., Sinding, A. I. & Greenberg, L. (2018). *Klok på følelser. Det følelsene prøver å fortelle deg*. Gyldendal Norsk Forlag.

ORIGINALARTIKKEL

Gunn Karoline Fugle

Psykisk helsevern for barn og unge,
Førde Sentralsjukehus, Helse Førde

Anne-Grethe Halding

Høgskulen på Vestlandet

Unni Tanum Johns

Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Brynjulf Stige

Griegakademiet - Institutt for musikk, Universitetet i Bergen

Musikkterapi i tverrfagleg behandling i psykisk helsevern for barn og unge

Sammendrag

Formål: Å utforske terapeutars erfaring med å samarbeide med musikkterapeutar som integrert del av tverrfagleg poliklinisk behandling i psykisk helsevern (BUP) for barn med traumerelaterte vanskar i norsk kontekst. **Metode:** Semistrukturerte intervju med 11 terapeutar som jobbar i tverrfagleg team saman med musikkterapeutar. Sju deltok i fokusgruppeintervju og fire i individuelle digitale intervju. Analysemetode var systematisk tekstkondensering. **Resultat:** Tre tema kom fram i analysen. Terapeutane rapporterte at musikkterapi (1) hjelper barna med merksemd og kjensleregulering, (2) gir barna nye moglegheiter til å uttrykke si historie og (3) styrker det tverrfaglege samarbeidet ved å tilføre nye perspektiv gjennom ein kreativ kanal. **Konklusjon:** Terapeutane erfarte at barna sine behov for behandling krev allsidig kompetanse. Resultata indikerer at musikkterapi tilfører fleire verktøy til behandling i tverrfagleg teamarbeid. Musikkterapi styrka og behandlinga ved å tilføre nye perspektiv gjennom ein kreativ kanal. Det er behov for meir utprøving av musikkterapi som integrert del av tverrfagleg behandling i BUP. Det bør også forskast på korleis dei ulike tverrfaglege elementa kan støtte kvarandre, og korleis det musikkterapeutiske elementet erfarast.

KONTAKT

gunn.karoline.fugle@helse-forde.no

FAGFELLEVRDERT

MERKNAD Ingen oppgitte
interessekonflikter.



Barn med traumerelaterte vanskar i BUP (Psykisk helsevern for barn og unge, poliklinikk) har behov for behandlingstilnærmingar som er tilpassa kvart barn si historie og behov, særleg når det gjeld kroppslege reaksjonar og erfaringar som dei ikkje kan setje ord på (Saunders et al., 2023; van der Kolk, 2015). Musikkterapi rettar seg primært mot kroppslege og affektive prosessar, og er påverka av utviklingspsykologiske (Fugle & Johns, 2021; Johns, 2017; Trondalen, 2016) og ressursorienterte perspektiv (Rolvstjord, 2018). Ei ikkje-verbal tilnærming som musikkterapi kan difor vere nyttig som del av tverrfagleg samarbeid. Vidareutvikling av kunnskap om behandling som fremjar psykisk og fysisk helse for barn og foreldre, kan gje reduserte sosiale og økonomiske kostnader og auka deltaking i skule og arbeidsliv (Felitti et al., 1998; Madigan et al., 2023). Målet med vår studie er difor å utforske terapeutars erfaringar med å samarbeide med musikkterapeutar i traumebehandling som integrert del av tverrfagleg behandling i BUP. Studien kan bidra til kunnskap om potensialet i samarbeid med musikkterapeut i tverrfaglege team.

Barn som vert tilviste psykisk helsevern med traumereelaterte vanskar, treng hjelp på fleire område (Bath, 2008). Dei kan ha vanskar med merksemd, å regulere tankar, kjensler, kropp, åtferd og sosiale relasjonar. Konkrete uttrykk kan vere åtferdsvanskar, depresjon, angst, konsentrasjonsvanskar, kroppslege smerter, sjølvskading eller dissosiasjon (Steinkopf et al., 2017). Barn har dårlegare utvikla verbalspråk enn vaksne, og i samband med opplevingar som ikkje er delte og gitt mening, kjem dei til kort verbalt (Porges & Daniel, 2017). Studiar på hjerneutvikling og nevropsykologiske verknader av traume har vist at det i behandling av barn som har opplevd belastande hendingar over tid, er viktig å tilby kroppslege, interpersonlege tilnærmingar (Bræin et al., 2022).

Musikk som terapeutisk metode er relativt ny, men i aukande grad anerkjent i eit breitt spekter av helsetenester. Forsking og tilrådingar (Helsedirektoratet, 2013, 2016) har bidratt til implementering av musikkterapi i psykisk helsevern, men førebels i større grad i psykisk helsevern for vaksne enn barn. Samtidig har behandlingsforma vore tilbod ved nokre norske BUP sidan starten på 2000-talet.

Forsking har i aukande grad vist at lek og kreative terapeutiske metodar har positiv betydning for utvikling av barn og unge si psykiske helse (Stänicke et al., 2021). Når det gjeld forskingsfeltet på musikkterapi spesifikt for barn og unge i psykisk helsevern, er det relativt nytt. Fleire studiar viser likevel lovande, men usikre resultat. Studiane omfattar meta-analysar (Geipel et al., 2018; Gitman, 2010), randomiserte kontrollerte studiar (RCT; Porter et al., 2017) og kvasi-eksperimentelle studiar (Gold et al., 2007). Dei fleste fokuserer på barn med autismespekterforstyrringar (Geretsegger et al., 2022). I tillegg er det forska på musikkterapi for barn med angst (Goldbeck & Ellerkamp, 2012), ADHD (*attention-deficit hyperactivity disorder*; Helle-Valle et al., 2017), sosiale utfordringar (Gooding, 2010) og

musikkterapi i barnevern (Krüger et al., 2018). Mange av barna forskinga fokuserer på, har altså uro, vanskar med regulering og sosiale relasjonar, og forskinga er difor relevant for feltet barn med traumerelaterte vanskar.

Ein RCT-studie (Goldbeck & Ellerkamp, 2012) på barn mellom 8 og 12 år med internaliserande symptom viste at musikkterapi var lovande når det vart kombinert med kognitiv åtferdsterapi; denne kombinasjonen gav symptomlette som varte minimum fire månader, samanlikna med ordinær behandling. Ghetty et al. (2021) fann i ein mixed method-studie på arbeid med sped- og småbarn at musikkterapi kunne bidra i relasjonsbygging mellom foreldre og barn. Studien bidreg til å setje lys på korleis tidleg musikk-tilnærming kan påverke relasjonsbygging. I ein norsk kontekst fann Klyve og Rolvsjord (2022) at barn med traumerelaterte vanskar nytta omgrepet *gøy (fun)* om sine erfaringar med musikkterapi i spesialisthelsetenesta (døgnpost). Ein norsk kasusstudie av musikkterapi med flyktningbarn fann at musikkterapi støtta kjensleregulering og sosial integrasjon (Enge & Stige, 2022). Begge studiane rettar søkelyset mot glede i lek, i å uttrykke seg gjennom musikk, og aspekt innan regulering og sosial integrasjon.

Når det gjeld musikkterapi brukt i ein tverrfagleg kontekst, er internasjonal forskning avgrensa, særleg når det gjeld barn og unge. I vår studie definerer vi tverrfagleg samarbeid som samarbeid mellom ulike helse- og/eller sosialfaglege profesjonar som delar teamidentitet og jobbar på ein integrert og uavhengig måte for å løyse problem og levere tenester (Reeves et al., 2017). Vi forstår musikkterapi som ein helsefagleg profesjon. Behovet for tverrfagleg samarbeid og tilnærmingar som møter barnet si historie og kroppslege erfaringar, er omtalt av fleire (Nordanger & Braarud, 2017; van der Kolk, 2015; Saunders et al., 2023; Perry & Ablon, 2019), og musikkterapi kan vere eit bidrag i tverrfagleg team. Ulike faggrupper nærmar seg barn sine vanskar frå ulike perspektiv. Det kan styrke den samla behandlinga, men òg skape utfordringar knytt til fagleg bakgrunn og maktforhold (Moran et al., 2023). Dette fordrar at musikkterapi som ny profesjon i psykisk helsevern for barn og unge tydeleggjer sitt faglege perspektiv og potensial. I vår studie vert difor musikkterapi i tverrfagleg samarbeid utforska gjennom *andre* terapeutar sine perspektiv og erfaringar.

To australske intervjustudiar skildrar terapeutars erfaringar med implementering av musikkterapi i psykisk helsevern for vaksne. Bibb et al. (2018) fann at vellukka implementering var avhengig av fleksibilitet og tilpassing til kultur og kontekst i eksisterande miljø. Hense (2018) fann at manglande kunnskap om musikkterapi og om musikken si rolle i psykisk helsevern for unge førte til få tilvisingar til musikkterapeut i klinikk. Klyve et al. (2023) og Thorgersen (2015) fann at terapeutar på norske døgnpostar erfarte at musikkterapi hadde potensial for emosjonsregulering, styrka oppleving av identitet og agens for barna. Deltakarane hadde ynskje om samarbeid med musikkterapeut.

Samla sett ser vi at tidlegare forskning har gitt avgrensa kunnskap om tverrfaglege perspektiv på musikkterapi, og det er lite forskning på barn. Vi fant lite forskning som fokuserer på terapeutar sine erfaringar om kva ved musikkterapi som kan vere nyttig i tverrfagleg behandling av barn med traumerelaterte vanskar. Vår artikkel fokuserer difor på terapeutars erfaringar frå poliklinikk for barn i norsk kontekst.

Forskingsspørsmålet er: *Korleis erfarer terapeutar i tverrfaglege team i BUP samarbeid med musikkterapeutar i behandling av barn med traumerelaterte vanskar?*

Metode

Design

Studien er del ein av eit prosjekt med tre delstudiar, der vi undersøker terapeutar, barn og føresette sine perspektiv og erfaringar med musikkterapi. I denne studien utforskar vi terapeutar i tverrfaglege team sine erfaringar. Studien er deskriptiv og eksplorative, forankra i eit fenomenologisk perspektiv for å utforske hendingar slik dei er erfarte i terapeutanes naturlege kontekst (Kvale & Brinkman, 2015; Malterud, 2017). Hermeneutikk er teorien om forståing og fortolking av meningsfulle fenomen (Gadamer, 1960). Vår bakgrunn og for forståing vil prege studiens fokus og våre tolkingar (Malterud, 2017). Vi hadde spesiell merksemd på at fleirtalet av forfatarane har musikkterapeutisk bakgrunn og at ein av oss er tilsett i same teamet som nokre av deltakarane i studien. Slik hermeneutisk tilnærming gjer oss i stand til å undersøke ulike sider ved fenomenet og bidra til mangfald i tolkinga (Alvesson & Sköldberg, 2009). Tilnærminga inneber at vi har søkt innsikt gjennom dialog i analyseprosessen. Vi har forsøkt å vere medvitne om vår eiga for forståing og har lagt vekt på å stille spørsmål til kvarandre, til deltakarane og til teksten for å få fram fleire perspektiv og utvikle vår forståing av fenomena i samspel (Alvesson & Sköldberg, 2009).

Rekruttering og utval

Val av deltakarar er gjort strategisk ut frå forventning om særskilt innsikt i forkingsspørsmålet (Smith et al., 2009). Inklusjonskriterium var (1) tilhøyrle til ein av profesjonsgruppene i teamet i BUP der musikkterapeut deltek (2) teamarbeid i konkrete pasientsaker. Deltakarar er rekrutterte via fagleg nettverk i norske BUP som har musikkterapeutar i sin stab. Deltakarane i eitt fokusgruppeintervju er rekrutterte frå førsteforfattaren sin arbeidsplass, og deltakarane i individuelle intervju er tilsette ved to andre norske BUP der det er tilsett musikkterapeut i tverrfagleg team. Utvalet (Tabell 1) er åtte kvinner og tre menn og representerer profesjonsgruppene legespesialist, psykologspesialist, klinisk sosionom, spesialist i klinisk pedagogikk og barnevernspedagog. Musikkterapeutar er ekskluderte frå utvalet.

TABELL 1

Deltakarar i studien

Profesjon/stilling	Fokusgruppe	Individuelle intervju
Legespesialist	1	1
Psykologspesialist	1	2
Spesialist i klinisk pedagogikk	1	
Barnevernspedagog		1
Klinisk sosionom	4	

Team-samarbeidet der deltakarane jobba, bestod av tverrfaglege møte, drøfting av tilnærming i behandling og utvida samarbeid i saker der tilknytning og samhandling i familien blei beskrive som spesifikke utfordringar. Foreldre deltok i dei fleste behandlingstimar der musikkterapi var inkludert. Dei fleste fekk rettleiing. Hyppigheit og form var avhengig av behov. Barna i behandling hadde kvar veke musikkterapiøkt.

Datainnsamling og analyse

Vi gjennomførte semistrukturerte intervju (Kvale & Brinkmann, 2015) med 11 terapeutar som jobbar i tverrfaglege team saman med musikkterapeut. Sju deltok i eit fokusgruppeintervju, og fire i individuelle intervju. Deltakarane fekk på førehand intervjuguiden som var utarbeidd frå forkingsspørsmålet. Dei vart fyrst guida gjennom opne spørsmål, og sidan meir innsnevra, for å få fram spesifikke erfaringar.

Fokusgruppeintervjuet vart gjennomført av to moderatorar, ein musikkterapeut og psykologspesialist og ein helseforskar. Målet var å få fram ulike og tverrfaglege perspektiv og stimulere til spontane innspel. Vi fokuserte på å få fram meirverdien av samhandlinga mellom deltakarane for å få innsikt i ulike og felles erfaringar, haldningar og synspunkt i miljøet (Malterud, 2012). Lengda på fokusgruppeintervjuet var 100 minutt.

Målet med dei individuelle intervjuar var å utforske data frå fokusgruppeintervjuet vidare og få større breidde og innsikt i erfaringane. Dei individuelle intervjuar vart gjennomførte digitalt av musikkterapeut, og varte mellom 60 og 100 minutt. Dei bygde på den tidlegare utvikla intervjuguiden samt funn i fokusgruppeintervjuet, og intervjuar la vekt på å få fram nyanserte skildringar av deltakarane sine erfaringar (Kvale & Brinkmann, 2015). Begge intervjutypene gav rike data. Det vart gjort lydopptak av intervjuar, og dei vart transkriberte av førsteforfattar.

Systematisk tekstkondensering (STC), ein kvalitativ tverrgående tematisk analyse som bygger på fenomenologisk tilnærming, er brukt som analysemetode (Malterud, 2017). STC er ein velprøvd metode som er eigna for å få fram refleksivitet, tydeleggjering av forskarane sine

førehandsoppfatningar og prioritert tolkingsfokus. Analysen inneheld fire trinn (Malterud, 2017). Individuelt las vi først grundig gjennom alle intervju og laga førebelse tema, før vi identifiserte meningsberande einingar og sorterte desse under deskriptive kodar (trinn ein og to). Vi møttest deretter til fleire dialogmøte der vi delte vår forforståing og tolking, og drøfta oss fram til felles tema og sortering av kodar og tekstbitar. I ein dynamisk prosess vart dei meningsberande tekstbitane under kvar kode kondenserte til ei skildring nær opptil teksten som vart grunnlaget for endelege tema (trinn tre og fire). Syntesar av tema gir eit overordna perspektiv på studien sine data (Malterud, 2017).

TABELL 2

Døme på prosess frå meaningseining til tema

Trinn 1 Meaningseining	Trinn 2 Kode	Trinn 3 Konsentrat av innhald i koden	Trinn 4 Tema
Når dei er åtte år, er det liksom ikkje det vanskelege barna har lyst til å snakke om. Ei jente orka ikkje å seie noko. Men ho kunne då synge det.	Barna vegrar seg eller har ikkje ord for vanskelege kjensler eller opplevingar.	Barna skaper musikk og tekstar som hjelper dei å uttrykke si traumehistorie.	Barna får nye moglegheiter til å uttrykke si historie.
Barn snakkar også med heile kroppen, og ikkje med ord nødvendigvis.	Kan synge det	Barn uttrykker seg non-verbalt og kommunikativt.	

Etikk

Behandling av personopplysningar er sikra gjennom godkjenning av personvernombod på førsteforfattar sin arbeidsplass, og rutinar for informasjonssikkerheit er fylgde. Opptak av intervju er lagra på forskingsserver på arbeidsplassen og blir sletta når studien er avslutta. Deltaking er basert på skriftleg informert samtykke. Deltakarane vart informert om studien i e-post. Etter avtale om intervju vart det på nytt informert om frivillig deltaking, retten til å trekke seg frå studien og at det ville bli brukt lydopptak av intervju til aidentifisert transkribering. Brukarinvolvering (Jørgensen, 2019) i studien var tilbakemelding i utviklinga av intervjuguiden frå ein fosterforelder til eit barn som tidlegare mottok behandling. Anonymiteten til deltakarane blei ivaretatt ved å utelate potensielt identifiserbare detaljar frå transkripsjonane, og sitata i resultatdelen er skrivne på eitt språk, nynorsk.

Resultat

Analysen viste skildringar av korleis deltakarane erfarte musikkterapi i behandling av barna, og som metodisk bidrag i tverrfaglege team. Resultata er analyserte til tre tema som blir presenterte under: Musikkterapi (1) hjelper barna med merksemd og kjensleregulering, (2) gir barna moglegheiter til å uttrykke si historie og (3) styrker det tverrfaglege samarbeidet ved å tilføre nye perspektiv gjennom ein kreativ kanal.

Betre merksemd og kjensleregulering

Deltakarane erfarte at barnets merksemd vert meir fokusert gjennom musikalske, rytmiske sanseerfaringar, og at dei kunne merke kjenslene sine kroppsleg og erfare kjensleregulering. Ein av deltakarane påpeika at barna «er der med kroppen i rytmen og i samspelet, og at ... i musikkterapi kan dei komme i kontakt med seg sjølv [...] og vere i musikken akkurat no» (Individuelt intervju, deltakar D). Ein annan deltakar sa at «når barnet er sjukt, opplever det at det er nesten null, [...] og klarer barnet å gjere noko – til dømes å spele tromme, opplever barnet seg sjølv som ein som kan skape noko nytt. Og i tillegg ... kan barnet få direkte tilbakemelding om det frå andre i samspelet» (Fokusgruppeintervju, deltakar A). Fleire uttrykte at dei opplevde musikken som eit fleksibelt og nyansert verktøy til regulering: «I musikkterapi får ein øvd seg mykje på å kjenne på ulike kjensler, bli meir kjend med sine egne kjensler, for å handtere dei betre i livet sitt» (Individuelt intervju,

deltakar C). Kvalitetar ved musikken synest viktig for å erfare kjensleregulering. Ein deltakar sa det slik: «Det er ein start, nokre mellomspel, ei avslutning, og ein har rytme, regulering, humør og kjensler, med moglegheit for å inntone seg musikalsk på kvar barnet er, kva veg det går. Det er mange dimensjonar i musikken og relasjonen» (Fokusgruppeintervju, deltakar B). Utsegna kan tolkast som at barna vert merksame på seg sjølve i musikksamspel, erfarer samanheng i musikken, kjem i kontakt med kjenslene sine og erfarer kjensleregulering.

Barna får til å uttrykke si historie

Deltakarane beskriv sine erfaringar med at barna gjennom musikk kan uttrykke kjensler dei strevar med å setje ord på. Deltakarane har sett at barns kjensler kan aktivert kroppslig gjennom å spele instrument, synge, bevege seg og lytte til musikk. Ein seier at «...barn snakkar også med heile kroppen, og ikkje med ord nødvendigvis [...] vi gløymer kanskje lett det, at dette med å snakke kan gjere det vanskeleg å kome til behandling [...]. Eg har kjent på det veldig mange gonger at eg skulle ønskt at eg hadde musikken. Det ordlause, kommunikative ...» (Fokusgruppeintervju, deltakar C). Ein av deltakarane har erfart at songtekstar skapt av barn har uttrykt kjensler som elles ikkje kunne uttrykkast verbalt:

Når dei er åtte år, er det liksom ikkje det vanskelege barna har lyst til å snakke om, samtidig som det er viktig at dei får uttrykt seg. Ei jente kunne lage både vers og refreng, og det var heilt openbert at kjenslene låg der heilt klart. Det var berre at ho ikkje orka å seie det. Men ho kunne då synge det» (Individuelt intervju, deltakar B).

Andre deltakarar erfarte også at: «Musikkterapi er eit viktig alternativ, og vi har mange døme på emosjonelt sterke tekstar som er sett melodi til, der barna uttrykker det dei står i gjennom eit behandlingsløp, til foreldre og behandlar» (Individuelt intervju, deltakar C). Ein deltakar fortalde om ei jente som dikta tekstar i musikkterapi:

Om opplevingane sine som ho ikkje hadde snakka om tidlegare, om bekymringane, redselen [...] og så framførte ho det til mor og meg [...]. Ho song og resiterte si historie som var viktig å dele med ei mamma som tok imot og skal hjelpe vidare (Individuelt intervju, deltakar B).

Fleire seier at rytme og musikksamspel ser ut til å påverke barnets kjensler, og at når barnet kjem i kontakt med kjenslene sine i musikken, vert det lettare å formidle seg verbalt.

Perspektiv gjennom ein kreativ kanal

Fleire deltakarar beskriv musikkterapi som ein nyttig reiskap i arbeidet med å skape kontakt med barnet og kome

i gang med terapiprosessen. Ein deltakar peikar på at «vi må sjå heilheit og samspel mellom kropp og sinn, og at traume også kan setje seg i kroppen, og då er musikkterapien der med å utvide verktøykassa, tilføre kunnskap og er eit fagområde som kan samspele i tverrfagleg team» (Fokusgruppeintervju, deltakar A). Også familieperspektivet kjem fram i intervjuet. Ifølge fleire deltakarar er det vanlegvis utfordrande å finne situasjonar i terapi der barn og foreldre kan få nye opplevingar av å vere saman: «Mi erfaring, i dei sakene eg har arbeidd saman med musikkterapeuten, er at familien vert engasjerte i lag om noko, noko som gir glede. Familien vert vitalisert, og barna engasjerer foreldra i musikkrommet. Dei finn språket saman» (Fokusgruppeintervju, deltakar D). Ein annan deltakar seier:

Foreldra har fortalt at når dei ser barna uttrykke seg gjennom musikk, opplever dei som foreldre glede og håp, og finn att eigne ressursar til samspel med barnet. Barna kan også ta initiativ til at foreldra skal uttrykke seg saman med dei i musikken, og foreldra deltek lettare i terapien og blir engasjerte saman med barnet (Individuelt intervju, deltakar B).

Foreldra har fortalt deltakarane at musikkterapi gir dei idear til samspel som dei kan bruke i kvardagen for å hjelpe dei å regulere barna og deira merksemd: «I musikkterapi kan foreldre også bli tekne med slik at dei kan hjelpe barnet å regulere traumet. Dette er gull verdt for foreldre, at dei kan erfare og oppleve musikken sjølve» (Fokusgruppeintervju, deltakar D).

Nokre deltakarar vart inspirerte til å bruke metodar som avspenning og lytting i foreldrearbeid. Foreldre fekk slik øve seg på å slappe av til musikk og vere merksame på seg sjølve og sine behov. Fleire deltakarar sa at dei ved å erfare musikkterapi i teamarbeidet har fått nye idear i tilnærming til barn og foreldre, nye perspektiv, inspirasjon og hjelp til å ta i bruk fleire kreative verktøy:

Det musikkterapeuten tilfører i teamet, er noko anna enn ... Vi andre blir lett samstemte i beskrivingane våre av barnet, medan det musikkterapeuten tilfører, er av og til veldig på sida, av og til er det litt nærare, og av og til er det ganske likt. [...] Og då tenkjer eg at eg kanskje blir nøydd til å sjå ting på ein annan måte (Individuelt intervju, deltakar A).

Fleire av deltakarane opplevde terapirolla som kompleks og utfordrande. Dei fortalte at det å tileigne seg fleire kreative tilnærmingar og verktøy i arbeid med barn og foreldre var viktig. Ein uttrykte også at musikkterapi i det tverrfaglege samarbeidet inspirerer til å bli ein meir «musisk terapeut». Det handla både om at musikk som verktøy er meir tilgjengeleg, og at det kreative og leikande mellom terapeut og barn var inspirerende for all type kontakt med barnet og foreldre i terapi.

Diskusjon

Vi har undersøkt terapeutar i tverrfaglege team sine erfaringar med samarbeid med musikkterapeutar i BUP, sett i lys av behandlingsbehova hos barn med traumerelevante vanskar. I analysen kom det fram tre hovudtema, musikkterapi (1) hjelper barna med merksemd og kjensleregulering, (2) gir barna moglegheiter til å uttrykke si historie og (3) styrker det tverrfaglege samarbeidet ved å tilføre nye perspektiv gjennom ein kreativ kanal. Funna peika mot perspektiv og musikkterapi sitt bidrag i tverrfagleg behandling, som er lite omtalt i tidlegare forskning. I diskusjonen drøftar vi resultat i lys av musikkterapi som arena for auka merksemd og kjensleregulering, som uttrykksmoglegheit og som ressurs i teamsamarbeidet.

Auka merksemd og kjensleregulering

I vår studie framhevast merksemd og kjensleregulering. Deltakarane sine beskrivingar bidreg til detaljert kunnskap som utdjuar funn i tidlegare studiar. Dei erfarte at musikkterapi gjer det mogleg for barnet å vere til stades her og no gjennom musikken. Deltakarane uttrykte at når eit barn til dømes spelar eller syng, opplever det seg sjølv som aktivt, ein som kan uttrykke og skape noko. Det samsvarar med forståing av at musikk primært aktiverer kropslege affektive prosessar (Trevorthen, 2008; Trondalen, 2016). I eit tverrfagleg perspektiv kan vi forstå dette slik at musikkterapi kan vere ein støttande måte å halde barnets merksemd i ein her og no-situasjon på, som opplevast positiv, og der barnet kan kjenne seg verdsett (Berget et al., 2023). Deltakarane erfarte at det å vere her og no er utfordrande for barn med traumerelevante vanskar, og at ein arena der dette var mogleg, betydde mykje for barnet. Då kunne barnet merke egne kjensler og erfare kjensleregulering.

Ved traume kan normal regulering bryte saman til hyper- eller hypoaktivering og vere forstyrrende for kontakt og samspel (Nordanger & Braarud, 2017). Johns (2017) beskriv korleis delt merksemd og kjensler gjennom synkronisert improvisasjon mellom eit traumatisert barn og terapeuten kan skape moglegheiter for ny kontakt mellom indre kjensler og ytre hendingar. Dette er i tråd med deltakarane sine erfaringar av at relasjonen mellom barnet og den vaksne i musikk-samspel skaper moglegheit for kjensleregulering. Dei beskreiv at musikkinstrument vekka interesse og nysgjerrigheit, og kunne byggast vidare på i det tverrfaglege samarbeidet. Slik kunne barnet sjølv ta initiativ til musikkaktivitet og erfare sjølvagens som dørnast kan overførast til andre situasjonar.

Desse funna er i tråd med teori om at leik og kreativt samspel tek i bruk den naturgjevne «oppskrifta» som ligg der for barn si utvikling, og kan påverke kjensleregulering (Nordanger & Braarud, 2017). Funna er også i samsvar med Steinkopf et al. (2017), som peikar på at det å attskape sansemotoriske og relasjonelle erfaringar som

fremjar regulering tidleg i livet, kan bidra til at barn med traumerelevante vanskar utviklar eller kan ta att utvikling av regulering. Som også Bræin et al. (2022) hevdar, kan barnet gjennom sanseerfaringar i ein trygg relasjon utvikle sin eigen kapasitet til å regulere kjensler og trygge seg sjølv, og at i si naturlege form er kreativ aktivitet lystfullt, utviklingsfremjande og sjølvmotiverande.

Musikkterapi som uttrykksmoglegheit

Deltakarane erfarte at barnet gjennom tilgang til kreativ aktivitet kunne uttrykke seg og få erfaring av at kjensler kan delast med foreldre og terapeut. Dei fortalde at barna i den kreative aktiviteten spontant sette ord på opplevingar ved å syngje kjenslene eller ved å fortelje om dei. Van der Kolk (2015) hevdar at barn gjennom kreativ aktivitet kan prosessere ting som har skjedd, via symbolspråket. Dette støttast av Porges og Daniel (2017), som fann at barn treng hjelp til å dele opplevingar og finne mening. I eit tverrfagleg perspektiv forstå vi dette som at tilnærminga kan tilby høve til å komme i kontakt med kjensler og uttrykke dei nonverbalt og verbalt. Funna viser at musikkterapi i behandling slik kan fungere som ei bru mellom barnet og foreldre og barnet og behandlarteamet. Dette er også i tråd med studiar på musikkterapi med flyktningbarn (Enge & Stige, 2022), som summerer opp at musikkterapi kan bidra til auka kjensle av identitet og tilhøyrslse. Deltakarane sine erfaringar ser også ut til å korrespondere med det Stern (2003) kallar det kreative i den terapeutiske prosessen. Der blir prosessen til undervegs ved intuitiv leiting etter den andre i samspelet.

Ressurs i teamsamarbeidet

Funna viser at deltakarane hadde nytte av teamsamarbeid der dei ulike terapeutane bidrog gjensidig til kvarandre sitt arbeid. Det kjem fram at oppgåvene er komplekse: skape tryggleik for barna og foreldra, finne positive situasjonar i etablering og vedlikehald av terapeutisk allianse. Dei fortalde at dei også skal formidle kunnskap om regulering, og gje barn og foreldre nye opplevingar av å vere saman. Deltakarane si skildring av samarbeidet er i tråd med Reeves et al. (2017) sin definisjon av tverrfagleg samarbeid der profesjonane samarbeider nært på ein integrert og uavhengig måte. Funna viser også at samarbeidet mellom profesjonane i tverrfagleg team kan føre til integrering av ny kunnskap og metodikk i eigen profesjon. Dette kan vere viktig for resultatet i den enkelte sak, men og for integrering av kunnskap som kan komme barn og foreldre i andre saker til gode. I studien formidla dei fleste terapeutane at dei har fått innsikt i musikkterapi som fagressurs og kunnskap om korleis musiske element kan bidra. Til dømes nemnde dei at musikkterapi bidrog med fleire verktøy for å skape kontakt, fleksibilitet i behandlingstilnærming og inspirerte til kreative tilnærmingar. Dette er i tråd med Porges og Daniel sitt arbeid (2017).

Studien vår viser at deltakarane også erfarte korleis musikkarenaen kan bidra i foreldrearbeidet. Foreldra fekk konkrete nye erfaringar og verktøy til stressreduksjon og kjensleregulering. Fleire deltakarar nytta musikk i foreldrearbeidet, i tråd med studiar på psykoterapibehandling for barn med stressrelaterte reguleringsvanskar etter belastningar. Núñez et al. (2021) summerer opp tiltak som barn (6–10 år), foreldre og terapeutar fann motiverande for terapi og endring: Søkelys på relasjonsbygging mellom terapeut og barn, leikande tilnærming med kroppslege aktivitetar og vektlegging av terapeutisk relasjon med barn og foreldre (Núñez et al., 2021).

Studiens begrensingar

Det å ha fleire roller, som terapeutar og forskarar, har stilt særlege krav til refleksivitet gjennom prosessen (Finlay, 2002). GKF har lang erfaring som musikkterapeut i BUP, der musikkterapi har vore integrert i tverrfagleg samarbeid. Denne forforståinga har hatt innverknad på val av innretning for studien og gjennom heile forskingsprosessen. Vi har kritisk reflektert saman om kva dette har å seie for data og analyse. GKF, UTJ og BS har klinisk erfaring med musikkterapi, og vi kan ha vurdert deltakaranes erfaringar meir positivt enn vi elles ville ha gjort. Men ved å rette søkelys mot våre personlege og kanskje ubevisste preferansar i alle deler av studien har vi søkt å etablere ein gjennomført transparent refleksiv og systematisk prosedyre (Finlay, 2002). Ein styrke i denne samanhengen har vore at ein av forfattarane, AGH, ikkje tidlegare har hatt kontakt med musikkterapi, klinisk eller i forskning, og har bidrege med eit blikk utanfrå som har utfordra og nyansert tolkingane våre. Dei ulike stadia i forskingsprosessen er beskrivne, og alle forfattarane har delteke i analyseprosessen og utarbeiding av manuskript.

Det strategiske utvalet hadde god kunnskap om musikkterapi fordi dei hadde delteke i musikkterapitimar

med barn, foreldre og musikkterapeut. Deltakarane hadde på denne måten djupare forståing av potensialet og avgrensingar i musikkterapi. Deltakarane i fokusgruppa var kollegaer av GKF, og det er risiko for at deltakarane la vekt på positive erfaringar med musikkterapi for å støtte ein kollega, eller for å unngå kritikk. Motivasjonen for å delta i intervju som vedkjem eige samarbeid, kan på same tid ha tilført studien rikare materiale. Det at ein av forskarane er fortruleg med kulturen og organisasjonen si historie, kan også ha gitt oss viktig innsikt (Halvorsen, 2009). Alle intervjuar har gitt rike data om samarbeid med musikkterapeut i tverrfagleg behandling.

Praktiske implikasjonar av studien vår kan vere at auka kunnskap om musikkterapi og tverrfagleg samarbeid med musikkterapeutar inspirerer, minner på og aktiverer eit blikk på det kreative aspektet i behandling. I fagfelte i psykisk helsevern har fleire, mellom anna Stånicke et al. (2021), Nordanger og Braarud, (2017) og Lunde og Brodal (2022), lagt vekt på at kreativ aktivitet og leik har stor verdi i barns utvikling.

Konklusjon

Terapeutane erfarte at barnas behov for behandling krev allsidig kompetanse. Resultata indikerer at samarbeid med musikkterapeutar tilfører fleire verktøy til behandling i tverrfagleg teamarbeid: hjelp til auka merksemd og kjensleregulering gjennom musikalske, rytmiske sanseerfaringar, og moglegheiter til å uttrykke si historie. Musikkterapi styrka og det tverrfaglege samarbeidet ved å tilføre nye perspektiv gjennom ein kreativ kanal. Det er behov for meir utprøving av musikkterapi som integrert del av tverrfagleg behandling i BUP, og forskning på korleis dei ulike tverrfaglege elementa kan støtte kvarandre, inkludert forskning på barns og foreldres erfaring med musikkterapi som del av tverrfagleg behandling. 🎵

REFERANSAR

- Alvesson, M. & Skoldberg, K. (2009). Positivism, social constructionism, critical realism: Three reference points in the philosophy of science. *Reflexive methodology: New vistas for Qualitative Research*, 15–52.
- Bath, H. (2008). The three pillars of trauma-informed care. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3), 17–21.
- Berget, J. A., Senneset, T. & Stige, B. (2023). Betydningsfull gjennom musikk: En samfunnspsykologisk studie av musikkterapiens ringvirkninger i barnehagen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(2), 80–88. <https://doi.org/10.52734/PiSa4995>
- Bibb, J., Castle, D. & McFerran, K. S. (2018). Stakeholder input into the implementation of new music therapy program in a mental health service. *Mental Health Review Journal*, 23(4), 293–307. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-12-2017-0056>
- Bræin, M. K., Hustad, G. S., Korlaar, M. V. & Andersson, A. T. (2022). Sanse- og bevegelsesrom (SMART) i behandling av utviklingstraumatiserte barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(8), 726–733.
- Enge, K. E. A. & Stige, B. (2022). Musical pathways to the peer community: A collective case study of refugee children's use of music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 31(1), 7–24. <https://doi.org/10.1080/08098131.2021.1891130>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Finlay, L. (2002). Negotiating the swamp: the opportunity and challenge of reflexivity in research practice. *Qualitative research*, 2(2), 209–230. <https://doi.org/10.1177/146879410200200205>
- Fugle, G. K. & Johns, U. T. (2021). Musikk som terapeutisk metode til å fremme psykisk helse og vitalitet. I L. I. Stånicke, U. T. Johns & A. F. Landmark (Red.), *Lek og kreativitet – i psykoterapi med barn og unge*. Gyldendal.
- Gadamer, H.-G. (1960/2004). Sannhet og metode (2. utg., O. Agedal, Overs.). Pax Forlag. Opprinneleg utgitt i 1960 som *Wahrheit und Methode*.
- Geipel, J., Koenig, J., Hillecke, T. K., Resch, F. & Kaess, M. (2018). Music-based interventions to reduce internalizing symptoms in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 225, 647–656.

- <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.035>
- Geretsegger, M., Fusar-Poli, L., Elefant, C., Mössler, K. A., Vitale, G. & Gold, C. (2022). Music therapy for autistic people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(5), CD004381. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004381.pub4>
- Ghetti, C., Vederhus, B. J., Gaden, T. S., Brenner, A. K., Bieleninik, L., Kvestad, I., Assmus, J. & Gold, C. (2021). Longitudinal study of music therapy's effectiveness for premature infants and their caregivers (LongSTEP): Feasibility study with a Norwegian cohort. *Journal of Music Therapy*, 58(2), 201–240. <https://doi.org/10.1093/jmt/thaa023>
- Gitman, K. (2010). *The effects of music therapy on children and adolescents with mental or medical illness: A meta-analysis*. [Doktorgradsavhandling, State University of New York at Buffalo].
- Gold, C., Wigram, T. & Voracek, M. (2007). Effectiveness of music therapy for children and adolescents with psychopathology: A quasi-experimental study. *Psychotherapy Research*, 17(3), 289–296. <https://doi.org/10.1080/10503300600607886>
- Goldbeck, L. & Ellerkamp, T. (2012). A Randomized Controlled Trial of Multimodal Music Therapy for Children with Anxiety Disorders. *Journal of Music Therapy*, 49(4), 395–413. <https://doi.org/10.1093/jmt/49.4.395>
- Gooding, L. F. (2010). The effect of a music therapy-based social skills training program on social competence in children and adolescents with social skills deficits. [Doktorgradsavhandling, The Florida State University, College of Music].
- Halvorsen, A. (2009). Praktikerforskning – legitim og nyttig bidrag i kunnskapsutvikling. I H. C. G. Johnsen, A. Halvorsen & P. Repstad (Red.), *Å forske blant sine egne. Universitet og region – nærhet og uavhengighet* (s. 109–126). Høyskoleforlaget.
- Helle-Valle, A., Binder, P.-E., Anderssen, N. & Stige, B. (2017). Is restlessness best understood as a process? Reflecting on four boys' restlessness during music therapy in kindergarten. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 12(sup1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1298266>
- Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Helsedirektoratet.
- Hense, C. (2018). Exploring the influence of interdisciplinary clinicians' perceptions of music therapy on referrals in a youth mental health service. *The Australian Journal of Music Therapy*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Exploring-the-influence-of-interdisciplinary-of-on-Hense/1c4a042abf22e4ab-f060a9d64ec8ea71860d6f66>
- Johns, U. T. (2017). Når musikk skaper nye bevegelsesmuligheter for traumatiserte barn. I K. Stensæth, G. Trondalen & Ø. Varkøy (Red.), *Musikk, handlinger, muligheter*. Festskrift til Even Ruud. Skrifiserie fra Senter for forskning i musikk og helse (CREMAH), vol. 10, NMH-publikasjoner 2017:4.
- Jørgensen, K. (2019). *The possibility and condition for user participation and recovery in mental healthcare*. Roskilde Universitetsforlag.
- Klyve, G. P. & Rolvsjord, R. (2022). Moments of fun: Narratives of children's experiences of music therapy in mental health care. *Nordic Journal of Music Therapy*, 32(2), 1–21. <https://doi.org/10.1080/08098131.2022.2055114>
- Klyve, G. P., Rolvsjord, R. & Elgen, I. B. (2023). Polyphonic perspectives: A focus group study of interprofessional staff's perceptions of music therapy at an inpatient unit for children in mental health care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 18(1), 2197750. <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2197750>
- Krüger, V., Nordanger, D. & Stige, B. (2018). Music therapy: Building bridges between a participatory approach and trauma-informed care in a child welfare setting. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 18(4). <https://doi.org/10.15845/voices.v18i4.2593>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utg.). Gyldendal.
- Lunde, C. & Brodal, P. (2022). *Lek og læring i et nevrologisk perspektiv: Hvordan gode intensjoner kan ødelegge barns lærelyst*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Madigan, S., Deneault, A.-A., Racine, N., Park, J., Thiemann, R., Zhu, J., Dimitropoulos, G., Williamson, T., Fearon, P., Cénat, J. M., McDonald, S., Devereux, C. & Neville, R. D. (2023). Adverse childhood experiences: A meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies. *World Psychiatry*, 22(3), 463–471. <https://doi.org/10.1002/wps.21122>
- Moran, P. M., Coates, R., Ayers, S., Olander, E. K. & Bateson, K. J. (2023). Exploring interprofessional collaboration during the implementation of a parent-infant mental health service: A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 37(6), 877–885. <https://doi.org/10.1080/13561820.2022.2145274>
- Nordanger, D. & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget.
- Núñez, L., Midgley, N., Capella, C., Alamo, N., Mortimer, R. & Krause, M. (2021). The therapeutic relationship in child psychotherapy: integrating the perspectives of children, parents and therapists. *Psychotherapy Research*, 31(8), 988–1000. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1876946>
- Perry, B. D. & Ablon, J. S. (2019). *CPS as a Neurodevelopmentally Sensitive and Trauma-Informed Approach*. In Collaborative Problem Solving, 15–31. https://doi.org/10.1007/978-3-030-12630-8_2
- Porges, S. & Daniel, S. (2017). Play and the dynamics of treating pediatric medical trauma. I S. Daniel & C. Trevarthen (Red.), *Rhythms of relating in children's therapies: Connecting creatively with vulnerable children* (s. 113–124). Jessica Kingsley Publishers.
- Porter, S., McConnell, T., McLaughlin, K., Lynn, F., Cardwell, C., Braidon, H.-J., Boylan, J. & Holmes, V. (2017). Music therapy for children and adolescents with behavioural and emotional problems: A randomised controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 586–594. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12656>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane database of systematic reviews*, 2017(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Rolvsjord, R. (2018). Music therapy in a recovery-oriented unit: A qualitative study of users' and staff's experiences with music therapy in mental health care. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 21(1), 188–215.
- Saunders, K. R. K., McGuinness, E., Barnett, P., Foye, U., Sears, J., Carlisle, S., Allman, F., Tzouvara, V., Schlieff, M., Vera San Juan, N., Stuart, R., Griffiths, J., Appleton, R., McCrone, P., Rowan Olive, R., Nyikavara, P., Jaynes, T. K. T., Mitchell, L. & Trevillion, K. (2023). A scoping review of trauma informed approaches in acute, crisis, emergency, and residential mental health care. *BMC Psychiatry*, 23, 567. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05016-z>
- Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Sage.
- Stänicke, L. I., Johns, U. T. & Landmark, A. F. (2021). *Lek og kreativitet – i psykoterapi med barn og ungdom*. Gyldendal Akademisk.
- Steinkopf, H., Bræin, M. K. & Nordanger, D. Ø. (2017). Kartlegging av barn med «The Neurosequential Model of Therapeutics» [Assessment of children with «The Neurosequential Model of Therapeutics»]. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(10), 959–969.
- Stern, D. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Thorgersen, T. L. (2015). *Musikterapi innad psykisk helsevern for barn. Ein fokusgruppestudie av erfaringar og tankar hos fagpersonar i eit tverrfagleg team*. [Masteroppgave]. Universitetet i Bergen.
- Trevarthen, C. (2008). The musical art of infant conversation: Narrating in the time of sympathetic experience, without rational interpretation, before words. *Musicae Scientiae*, 12(1), 15–46. <https://doi.org/10.1177/1029864908012001021>
- Trondalen, G. (2016). *Relational Music Therapy. An Intersubjective Perspective*. Barcelona Publishers.
- van der Kolk, B. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Publishing Group.

OVERSIKT

Ragnhild Troøien Leirvoll

Seksjon for spesialisert habilitering, Klinikk for psykisk helse og rus, Helse Møre og Romsdal

Ingrid Olsen Høye

Seksjon for spesialisert habilitering, Klinikk for psykisk helse og rus, Helse Møre og Romsdal

Trine Lise Bakken

Nasjonal kompetansetjeneste for utviklingshemming og psykisk helse, Oslo universitetssykehus HF

Emosjonelt utviklingsnivå hos personer med utviklingshemming

Sammendrag

Bakgrunn: Nyere forskning peker mot at forståelse for emosjonelt utviklingsnivå hos personer med utviklingshemming har betydning for klinisk praksis. Formålet med artikkelen er å samle kunnskap om et lite utforsket område og identifisere kunnskapshull. **Metode:** Artikkelen bygger på en sonderende oversikt (scoping review). Vi søkte etter empiriske artikler, oversiktsartikler og ikke-fagfellelvurderte arbeider som bokkapitler. Søket ble avgrenset til utviklingshemming, emosjonelt utviklingsnivå, psykiske lidelser og atferdsvansker. **Resultat:** Resultatet etter søket ga få treff. Fire artikler og to bokkapitler ble endelig inkludert i studien. Det ble funnet en samvariasjon mellom ulike faser av emosjonelt utviklingsnivå og atferdsuttrykk. Diskrepans mellom kognisjon og emosjonelt utviklingsnivå viste klinisk relevans for alvorlighetsgrad av atferdsforstyrrelse. Enkelte psykiske lidelser krever mer modning i overordnede sosiale nettverk i hjernen. **Implikasjoner:** Forståelsen muliggjør en bedre differensiering diagnostisk mellom normalatferd, atferdsvansker og psykisk lidelse. Forskning indikerer at enkelte diagnoser kun kan settes i bestemte faser av emosjonelt utviklingsnivå. Det emosjonelle utviklingsnivået kan ha betydning for valg av behandlingsmetode. Dette er en preliminær vurdering av tilgjengelig litteratur. Det er behov for mer forskning.

KONTAKT Ragnhild.trooien@helse-mr.no

MERKNAD RTL og IOH mottok økonomisk støtte fra Helse Møre og Romsdal for gjennomføring av studien og har bidratt likt i arbeidet med artikkelen. Spesialbibliotekar Trond Are Johnsen ved Høgskolen i Molde har bistått i systematisk litteratursøk. Ingen oppgitte interessekonflikter.

FAGFELLELVURDERT

CC BY 4.0

Nøkkelord: utviklingshemming, emosjonelt utviklingsnivå, atferdsvansker, psykisk lidelse

Hensikten med artikkelen er å belyse betydningen av emosjonelt utviklingsnivå i forståelsen av personer med utviklingshemming i klinisk praksis. Hva kan emosjonelt utviklingsnivå bety for diagnostisering og behandling av psykisk lidelse og atferdsvansker?

I henvisninger til voksenhabiliteringstjenesten er pasientene ofte beskrevet med høyt lidelsestrykk, og sakene fremstår komplekse. Sammenlignet med den generelle befolkningen er det funnet økt forekomst av psykisk lidelse og atferdsvansker (Cooper et al., 2007; Deb et al., 2001; Sappok et al., 2020). I tillegg er det funnet et antatt overforbruk av legemidler, ofte uten forutgående utredning (Laermans et al., 2023).

I de senere årene i europeisk sammenheng har man i det kliniske arbeidet vektlagt en dynamisk forståelsesmodell for denne pasientgruppen (Sappok et al., 2022a; Dosen, 2005 a,b). Tilnærmingen er kjennetegnet av å inkludere forståelsen av emosjonelt utviklingsnivå og personlighetsutvikling. Oppmerksomheten er rettet mot økt innsikt i prosessen som har ledet til lidelsen, heller enn å være symptomorientert (Dosen, 2005a,b).

Innledningsvis presenteres denne forståelsesmodellen. Videre vil vi se på betydningen av å forstå det emosjonelle utviklingsnivået for diagnostisering og behandling av psykisk lidelse og atferdsvansker.

Teoretisk perspektiv

Anton Dosen (2005a, 2005b, 2007) har tatt til orde for å utvide den biopsykososiale forståelsesmodellen ved å legge til et utviklingspsykologisk aspekt. Han har utviklet en dynamisk forståelsesmodell syntetisert fra nyere nevropsykologiske funn og utviklingspsykologiske teorier, inkludert arbeid fra Freud, Erikson, Mahler, Bowlby, Piaget og Stern (Sappok et al., 2022a; Dosen, 2005a, 2005b, 2007).

Sentralt i denne forståelsesmodellen er vektleggingen av det emosjonelle systemet og det kognitive systemet som to separate system. De kan til en viss grad utvikle seg uavhengig av hverandre (Sappok et al., 2022a), samtidig som emosjonell utvikling er nært sammenflettet med den kognitive modningsprosessen (Damasio, 2012; Martinez-Castilla et al., 2015; Greenspan, 2010). Videre viser Sappok et al. til at hvor personer befinner seg i sin «nevro-arkitektur», sammenfaller med sentrale utviklings-milepæler som beskrevet i flere utviklingspsykologiske teorier (Sappok et al., 2022a). Anton Dosen (2005a, 2005b) har ut fra de utviklingspsykologiske milepælene syntetisert kunnskapen inn i en femfasemodell for emosjonsutvikling for personer med utviklingshemming.

Forståelse for emosjonelle utviklingsnivå gir klinikerne økt innsikt i personens indre liv og motivasjon. Det øker forståelsen for personens emosjonelle primærbehov, utviklingsoppgaver og mestringsstrategier (Dosen, 2005 a, b; Sappok et al., 2022a). Behovene er i vekselvirkning

med hverandre, og tilknytning er en viktig pilar (Zaal & Boerhave, 2023; Powell et al., 2015). Et eksempel:

En 30 år gammel mann har diagnosen lett utviklingshemming. Lett utviklingshemming innebærer en kognitiv referansealder mellom 9–12 år. Det emosjonelle utviklingsnivået til denne mannen befinner seg på nivået første individuasjon (1,5–3 år). På dette nivået er det primære emosjonelle behovet trygg tilknytning. Oppdagelsen av egen vilje og autonomi er en sentral utviklingsoppgave, og motivasjonen for å utforske verden er sterk. Evnen til å regulere egen affekt er gryende. Motivasjonen for å utforske kan komme i konflikt med behovet for trygg tilknytning. Dette utviklingsnivået er også preget av egosentrisme, og autonomien kan komme til uttrykk som sterk vilje: «nei, nei, nei». Evnen til moralsk tenkning er enda ikke etablert. Den er mer framtrædende i fasen «begynnende realitetsbevissthet» (8–12 år). Han vil derfor ikke kunne forventes å navigere etter eget moralske kompass. Dersom nærpersoener stiller krav til ham ut fra hans biologiske (30 år) eller kognitive alder (9–12), vil det sannsynligvis oppstå samhandlingstransaksjoner som er feiljustert i forhold til hans behov.

Generelt gjennomgår personer med utviklingshemming de samme emosjonelle utviklingsfasene som barn med normalutvikling, men med en økt risiko for forsinket eller ufullstendig emosjonell utvikling (Chicetti & Ganiban, 1990; Martinez-Castilla et al., 2015). I litteraturen beskrives det emosjonelle utviklingsnivået å ikke alltid samsvare med det kognitive nivået. Hos noen er det emosjonelle nivået lavere (Dosen, 2005 a,b; Sappok et al., 2022a).

Med bakgrunn i utviklingspsykologisk forståelse utviklet Anton Dosen (1997) kartleggingsskjemaet *Scheme of Appraisal of Emotional Development (SAED)*. Den europeiske arbeidsgruppen Network of Europeans on Emotional Development (NEED) har videreutviklet skjemaet. SAED er videreutviklet i flere omganger. Siste versjon er Scale of Emotional Development – 2 (SEED-2, Sappok et al., 2023). SEED-2 er nylig oversatt til norsk (Bakken, 2024).

Å forstå og møte det emosjonelle behovet hos mennesker med utviklingshemming uten å infantiliserer representerer ifølge Sappok et al. (2022a) et paradigmeskifte i den terapeutiske støtten til personer med utviklingshemming. Med SEED-2 får klinikerne mulighet til å kartlegge det emosjonelle utviklingsnivået hos personer med utviklingshemming.

Metode

Metoden for denne litteraturstudien er sonderende oversikt etter PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-SCR) (Tricco et al., 2018). Det ble gjennomført systematiske søk i oktober 2024 i samarbeid med spesi-

albibliotekar Trond Are Johnsen ved Høgskolen i Molde. Følgende databaser ble brukt: EMBASE, MEDLINE og PsychINFO. Publikasjoner fra 2013 ble inkludert i søket, med kombinasjoner av følgende søkeord: Intellectual Disability / Developmental Disabilities / Mental Disorders / Emotions / emotional development / social emotional development / SED-R / intellectual impairment og challenging behaviour and abnormal behaviour. Kombinasjonssøket ga til sammen 232 treff.

Hovedforfatterne gjennomgikk sammendragene etter søket hver for seg. Inklusjonskriterier for videre utvalg var empiriske og publiserte artikler som var fagfellevurdert, samt teoretiske fagbøker som ikke var fagfellevurdert. Sammendragene måtte omhandle både utviklingshemming, emosjonelt utviklingsnivå i kombinasjon med psykisk lidelse og atferdsvansker. Eksklusjonskriteriet for videre gjennomlesning var sammendrag som omhandlet autisme og ikke utviklingshemming, artikler hvor tema var genetikk, samt de som omhandlet psykometriske egenskaper ved kartleggingsskjema på emosjonell utvikling.

Vi identifiserte 15 sammendrag relevant for videre gjennomlesning. Forfatterne var forente om utvalget. Fire av artiklene var abstrakt eller poster fra konferanser og ble derfor ekskludert. Ett av treffene var en fagbok. Vi endte med elleve publiserte artikler og en fagbok til videre gjennomlesning. Fra artiklene var vi forente om å ekskludere ytterligere syv artikler, da de viste seg å ikke omhandle det emosjonelle utviklingsnivået direkte. For å oppsummere data valgte vi narrativ syntese.

Resultater

To bøker og fire artikler er inkludert i resultatet. To av artiklene er empiriske, og to er kliniske oversiktsartikler. Artiklene og bokkapitlene omhandler psykisk lidelse, atferdsvansker og emosjonelt utviklingsnivå.

Utviklingshemming og atferdsvansker

Ikke all utfordrende atferd kan forstås som atferdsvansker. Det kan også være et uttrykk for personens psykososiale behov og forstås som adaptiv og normal atferd (Dosen & De Groef, 2015). Dosen og De Groef (2015) illustrerer dette med personer som i sin selvutvikling ikke har etablert evnen til autonomi. Situasjoner som stiller krav til økt selvstendighet, kan oppleves som truende. Når krav ikke er i samsvar med det emosjonelle utviklingsnivået, vil personen stå i risiko for å utvikle utfordrende atferd som oppmerksomhetssøking, aggressiv og destruktiv atferd. Slik atferd kan bli forstått som normal dersom man forstår personens emosjonelle utviklingsnivå. Det er først når atferden øker i intensitet, frekvens og varighet, og ikke samsvarer med emosjonelt utviklingsnivå, at det er aktuelt å vurdere atferdsvanske (Dosen & De Groef,

2015). Dosen og de Groef konkluderer med at vi kan treffe bedre med behandlingstiltak og legemiddelbehandling når emosjonelt utviklingsnivå inngår i en samlet forståelse av personens væremåte.

Det er funnet en samvariasjon mellom de ulike fasene av emosjonelt utviklingsnivå og atferdsuttrykk (Sappok et al., 2014, 2022a; Hermannn et al., 2022). Grad av utviklingshemming viste ikke slik samvariasjon (Sappok et al., 2014). Sappok et al. (2014) gjennomførte en retrospektiv studie med personer kartlagt med Schema of Appraisal of Emotional Development (SEAD). Resultatene viste at personer som ble skåret for de laveste emosjonelle utviklingsnivåene, viste mer utfordrende atferd. Selvsykdom og irritabilitet var hyppigst forekommende. Personer med et høyere emosjonelt utviklingsnivå viste mer verbal og aggressiv atferd.

Hermannn et al. (2022) gjennomførte en retrospektiv studie hvor personer med utviklingshemming ble kartlagt med Scale of emotional development – short (SED-S). Det emosjonelle utviklingsnivået var en sterk prediktor for utfordrende atferd. Hos gruppen med et høyere emosjonelt utviklingsnivå var alvorlighetsgraden av utfordrende atferd lavere. Distinkte atferdsmønstre samvarierte med de emosjonelle utviklingsfasene. I fase 1 (0–6 md.) viste personer høye skårer på sosial tilbaketrekning, stereotypi og aggresjon mot selvet. Fysisk aggresjon forekom hyppig hos personer i fase 2 (7–18 md.). I fase 3 (19–36 md.) forekom mer autonomiutvikling karakterisert av sterke uttrykk for trass og sosialt uakseptabel atferd. Personer i fase 4 (4–7 år) viste verbalt upassende språk, verbal selvregulering og et depressivt lignende uttrykk.

Diskrepans mellom kognisjon og emosjonelt utviklingsnivå viste klinisk relevans for alvorlighetsgrad av atferdsforstyrrelsen (Sappok et al., 2014, 2022a). Sappok et al. (2014) fant at personer med diskrepans mellom kognisjon og emosjon viste mer utfordrende atferd enn dem uten denne diskrepansen. I en bok av Sappok et al. (2022a) trekkes flere studier fram, deriblant en av Böhm, Dziobek & Sappok (2019) med 262 personer. Annenhver person ble funnet å ha en diskrepans mellom kognitivt og emosjonelt utviklingsnivå. Personene med slik diskrepans viste høyere forekomst av atferdsutfordringer.

Utviklingshemming og psykisk lidelse

Enkelte psykiske lidelser krever mer modning i overordnede sosiale nettverk i hjernen (Sappok et al., 2022). Det får betydning for når vi kan sette diagnoser som forutsetter perspektivtaking, eksempelvis diagnoser som sosial angstlidelse og personlighetsforstyrrelse. Sappok et al. eksemplifiserer dette med at man i fase 2 (7–18 md.) kan observere angstlidelse i form av spesifikke fobier, hvor tenkningen er mer konkret (2022b). Sosial angstlidelse forekommer ikke før i fase 4 (4–7 år), når evnen til å ta



TABELL 1

Oversikt over artiklene i gjennomgangen

Forfatter, år, land	Studiedesign	Tema	Metode	Konklusjon
Sappok T. (2022) (Sappok et al., 2022) Tyskland	Klinisk oversikts- artikkel	Forsinkelser i sosioemosjonelle hjernefunksjoner hos personer med utviklingshemming. Betydning for behandling	Klinisk erfaring og tilgjengelig empirisk litteratur	Kunnskap om utviklingen av sosio-emosjonelle hjernenettverk kan fremme bredere forståelse av atferd og mental helse.
Sappok, T. (2014) (Sappok et al., 2014) Tyskland	Retrospektiv studie	Emosjonell utvikling og utfordrende atferd hos voksne med utviklingshemming	Empirisk studie	Forsinket emosjonell utvikling predikerer utfordrende atferd hos voksne med utviklingshemming.
Dosen A. (2015) (Dosen A. & De Groef J., 2015) Nederland	Klinisk oversikts- artikkel	Differensiering mellom normal, abnormal atferd og psykisk lidelse hos personer med utviklingshemming	Klinisk erfaring og tilgjengelig empirisk litteratur	Det utviklings-psykologiske perspektivets betydning for differensial-diagnostikk og valg av behandlingstilnærming.
Hermann H. (2022) (Hermann et al., 2022) Tyskland	Retrospektiv studie	Atferdsuttrykk hos personer med utviklingshemming knyttet til nivå av emosjonell utvikling	Empirisk studie	Hver fase av emosjonelt utviklingsnivå har distinkte atferdsuttrykk.
Sappok T. (2022a) (Sappok et al., 2022a) Tyskland	Bokkapittel	Sammenheng mellom emosjonell utvikling og atferdsvansker	Klinisk erfaring og tilgjengelig litteratur	Karakteristika av utfordrende atferd korresponderer med atferdsuttrykk innen hver enkelt fase av emosjonell utvikling.
Sappok T. (2022b) (Sappok et al., 2022b) Tyskland	Bokkapittel	Sammenhengen mellom emosjonell utvikling og psykiske vansker	Klinisk erfaring og tilgjengelig litteratur	Kjennskapet til emosjonelt utviklingsnivå har betydning for diagnostisering og behandling av psykisk lidelse.

andres perspektiv er forventet etablert. Perspektivtaking er en forutsetning for å frykte negativ evaluering. Andre lidelser er mer uavhengig av emosjonelt utviklingsnivå, som depresjon, PTSD, stresslidelser og schizofreni (Sappok et al., 2022, 2022b).

Kjennskap til emosjonelt utviklingsnivå hos pasienten har betydning for valg av behandlingstilnærming (Sappok et al., 2022, 2022b). En person med et emosjonelt utviklingsnivå som har nådd milepælen evne til mentalisering, kan nyttiggjøre seg en terapeutisk metode som baserer seg på perspektivtaking. Dersom personen ikke har etablert denne utviklingsmilepælen, vil det være lite hensiktsmessig å anvende en metode som stiller krav til perspektivtaking. Behandlingsmetoder som er mer erfarings- og lekbasert, kan være mer hensiktsmessige.

Psykisk lidelse kan påvirke det emosjonelle utviklingsnivået. Sappok et al. (2022b) beskriver hvordan personer med psykisk lidelse kan regrediere til et lavere emosjonelt utviklingsnivå. Her trekker de særlig fram depressive lidelser.

Diskusjon

Formålet med denne sonderende oversiktsartikkelen var å samle inn kunnskap på et lite utforsket område og identifisere kunnskapshull. Det ble funnet få artikler. Det er likevel indikasjoner på at forståelsen av hvilken fase av emosjonell utvikling personer med utviklingshemming befinner seg i, er av klinisk relevans for diagnostisering og behandling av psykisk lidelse og atferdsvansker. Dette er en preliminær vurdering av tilgjengelig litteratur og viser behov for videre forskning på temaet også med tanke på implementering i klinikken.

Implikasjoner for klinisk praksis

Et av funnene viser at ikke all utfordrende atferd kan forstås som atferdsvansker (Dosen & De Groef, 2015). Forståelsen for det emosjonelle utviklingsnivået har betydning for hvordan vi kan forstå atferdsuttrykk (Sappok et al., 2014, 2022a; Hermann et al., 2022). Atferd kan være et uttrykk for en adaptiv mestringsstrategi, et psykososialt behov eller en motivasjon. Dersom atferden ikke er i samsvar med det emosjonelle utviklingsnivået og i tillegg har særlig høy frekvens og intensitet, kan det forstås som en atferdsvanske eller psykisk lidelse. Atferd kan i tillegg innebære svekket funksjon (som oppgaveløsning, sosial samhandling etc.), noe som også kan indikere psykisk lidelse eller atferdsvanske. Resultatene hos Dosen og De Groef (2015) understreker hvordan emosjonelt utviklingsnivå kan bidra til å differensiere mellom normalatferd, atferdsvansker og psykisk lidelse. Også andre studier finner en samvariasjon mellom faser i emosjonelt utviklingsnivå og atferdsuttrykk (Sappok et al., 2014, 2022a; Hermann et al., 2022). Grad av utviklingshemming samvarierer ikke nødvendigvis på samme måte (Sappok et al., 2014). Det innebærer at emosjonelt utviklingsnivå ikke kan predikeres ut fra kjennskap til kognitivt utviklingsnivå.

Med forståelse for emosjonelt utviklingsnivå får man økt tilgang på personens indre liv. Det være seg motivasjon, primærbehov og mestringsstrategier som er ulike i ulike faser av emosjonell utvikling (Sappok et al., 2022a; Dosen, 2005a, 2005b). I Norge utredes kognitiv funksjon i kliniske enheter for barn og voksne ved mistanke om kognitiv funksjonshemming. Vår erfaring er at emosjonell utvikling kartlegges langt sjeldnere. Funn beskrevet over taler for at det er klinisk nyttig å legge til kartlegging

av emosjonelt utviklingsnivå. Spesielt med tanke på økt forståelse for atferdsuttrykk.

Diskrepans mellom kognitivt og emosjonelt utviklingsnivå har vist klinisk relevans for alvorlighetsgrad av atferdsforstyrrelse (Sappok et al., 2014, 2022). Hvis en slik diskrepans ikke blir oppdaget og synliggjort, vil personer med utviklingshemming risikere å bli misforstått og overvurdert. Krav fra personer i miljøet rundt mennesker med utviklingshemming som ikke stemmer overens med emosjonelle behov og hva personen er motivert for, kan øke stress og frustrasjon. Det kan komme til uttrykk i tilhørende mestringsstrategier og bidra til konflikt. Sappok et al. ser på emosjonelt utviklingsnivå som en nøkkel inn til forståelsen av utfordrende atferd (2022a). Dersom ikke emosjonelt utviklingsnivå blir tatt i betraktning, kan det føre til feiljusterte samspillserfaringer. Dette aktualiserer at det i klinikken er særlig relevant å kartlegge emosjonelt utviklingsnivå når det er beskrevet atferdsvansker.

Forståelsen av emosjonelt utviklingsnivå har betydning for differensialdiagnostikk, fordi enkelte diagnoser kun kan diagnostiseres i bestemte faser (Sappok et al., 2022a, 2022b). Det gjelder særlig for diagnoser som forutsetter perspektivtaking. Samtidig må klinikerne være oppmerksom på at psykisk lidelse kan påvirke det emosjonelle utviklingsnivået i den grad at personen kan regrediere til et lavere nivå.

Kjennskap til pasientens emosjonelle utviklingsnivå har betydning for valg av behandlingstilnærming (Sappok et al., 2022a, 2022b). Personer på et lavere emosjonelt utviklingsnivå vil ha større forutsetninger for å nyttiggjøre seg behandling preget av mer erfarings- og lekbasert terapi, framfor terapi som forutsetter perspektivtaking. Personer på et høyere emosjonelt utviklingsnivå, med evne til perspektivtaking, har større sannsynlighet for å kunne nyttiggjøre seg mentaliseringsbaserte behandlingsformer. I habiliteringsfeltet møter vi pasienter med språk- og kommunikasjonsvansker. For denne gruppen er det særlig nyttig å kartlegge emosjonelt utviklingsnivå fordi det gir en økt tilgang til deres indre liv. Forståelse for det emosjonelle utviklingsnivået kan også bidra til økt refleksjon og forståelse i miljøterapi, for å best kunne tilrettelegge for samhandling i hverdagen (Dosen, 2007).

Kliniske implikasjoner

Fagfeltet er relativt nytt i europeisk sammenheng, og det er behov for videre forskning. For utredning og behandling av psykisk lidelse og atferdsvansker kan kartlegging av emosjonelt utviklingsnivå ha disse implikasjonene:

Forståelsen av emosjonelt utviklingsnivå kan gi støtte til det differensialdiagnostiske arbeidet når man skal skille mellom normalatferd, atferdsvansker og psykisk lidelse.

Forskning indikerer at enkelte diagnoser kun kan settes i bestemte faser av emosjonelt utviklingsnivå. Hvilket emosjonelt utviklingsnivå pasienten kan forstås ut fra, kan ha betydning for valg av behandlingsmetode.

Konklusjoner

Å utrede psykisk lidelse og atferdsvansker hos personer med utviklingshemming er komplekst og tidkrevende. Symptomer alene gir oss ikke tilstrekkelig informasjon for hvordan man best kan behandle det enkelte individ; til det kreves mer dynamiske forståelsesmodeller. Det emosjonelle utviklingsnivået er av særlig betydning. Det gir klinikerne en innsikt i personens motivasjon, utviklingsoppgaver og emosjonelle primærbehov og mestringsstrategier.

Et økende antall forskere og klinikere har tatt til orde for å integrere forståelsen av emosjoner og emosjonsregulering i møte med personer med utviklingshemming (Jacobsen & Gjertsen, 2021; Stubrud, 2016). Kunnskap på feltet er videre systematisert inn i en seksfasemodell for emosjonelt utviklingsnivå (Dosen, 2005a, 2005b), og vi har nylig fått kartleggingsverktøyet SEED-2 oversatt til norsk (Bakken, 2024).

Sappok et al. (2022a) omtaler forståelsen av det emosjonelle utviklingsnivået hos personer med utviklingshemming som en manglende brikke på fagfeltet. Med økt tilgang til den enkeltes indre opplevelsesverden er det mye som tyder på at vi kan treffe bedre hva gjelder diagnostisering og behandling. Ny forskning peker på at å integrere forståelsen av det emosjonelle utviklingsnivået i behandling av personer med utviklingshemming kan redusere bruk av legemidler for denne pasientgruppen (Barrett et al., 2024).

Ut fra vårt beskjedne funn har vi belyst flere forhold som kan tyde på at det emosjonelle utviklingsnivået bør undersøkes nærmere som en del av den standardiserte oppfølgingen ved habiliteringstjenesten. Vi ser et klart behov for videre forskning på feltet og håper at temaet vekker klinikernes interesse. ♫

REFERANSER

- Bakken, T. L. (2024). *SEED-2 Skala for evaluering av emosjonell utvikling - 2*. Högrefe.
- Barrett, B. F., Wehmeyer, M., Kolb, Ostermann, T. & Sappok T. (2024). Impact of the emotional development approach on psychotropic medication in adults with intellectual and developmental disabilities: a retrospective clinical analysis. *Journal of Intellectual Disability Research*. <https://doi.org/10.1111/jir.13136>
- Böhm, J., Dziobek, I. & Sappok, T. (2019). Emotionale Entwicklung, Aggressionregulation und herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Intelligenzminderung. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 87(8), 437–443. <https://doi.org/10.1055/a-0621-9004>
- Cicchetti, D. & Ganiban, J. (1990). The organization and coherence of developmental processes in infants and children with Downs syndrome. I R. M. Hodapp & E. Z. Burack (Red.), *Issues in the developmental approach to mental retardation* (s. 115–135). Cambridge University Press.
- Cooper, S-A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A. & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 190, 27–35. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.022483>

- Damasio, A. (2012). *Self comes to mind. Constructing the conscious brain*. Vintage.
- Deb, S., Thomas, M. & Bright, C. (2001). Mental Disorders in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 495–505. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2001.00374.x>
- Dosen, A. (1997). *Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen*. Gustav Fischer Verlag.
- I Sappok, T., Budczies, J., Dziobek, I., Bölte, S., Dosen, A. & Diefenbacher, A. (2014). «The missing link: Delayed Emotional Development Predicts Challenging Behavior in Adults with Intellectual Disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(4), 786–800. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1933-5>
- Dosen, A. (2005a). Applying the developmental perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intellectual disability: part I – assessment. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(1), 1–8. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00656.x>
- Dosen, A. (2005b). Applying the developmental perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intellectual disability: part II – diagnosis. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(1), 9–15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00657.x>
- Dosen, A. (2007). Integrative treatment in persons with intellectual disability and mental health problems. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(1), 66–74. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00868.x>
- Dosen, A. & De Groef, J. (2015). What is normal behaviour in persons with developmental disabilities? *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 9(5), 284–294. <https://doi.org/10.1108/AMHID-05-2015-0027>
- Greenspan, S. (2010). Publishing Era: 1972 to the Present. Guide to Psychoanalytic Developmental Theories. I J. Palombo, H. K. Bendicson & B. J. Koch (Red.), *Guide to Psychoanalytic Developmental Theories*. Springer.
- Helsedirektoratet. (2015). Prioriteringsveileder – habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten [nettdokument]. Helsedirektoratet (siste faglige endring 19. juni 2024, lest 12. september 2024). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/habilitering-av-voksne-i-spesialisthelsetjenesten>
- Hermannn, H., Berndt, N., Lytochkin, A. & Sappok, T. (2022). Behavioural phenomena in persons with an intellectual developmental disorder according to the level of emotional development. *Journal of Intellectual Disability Research*, 66(5), 483–498. <https://doi.org/10.1111/jir.12930>
- Jacobsen, K. & Gjertsen, H. B. (2021). *Forståelse i miljøterapeutisk arbeid*. Gyldendal.
- Laermans, P., Morisse, F., Lombardi, M., Gerard S., Vandervelde, S., de Kuijper, G., Audenaert, K. & Claes, C. (2023). Aligning quality of life and guidelines for off-label psychotropic drugs in adults with intellectual disabilities and challenging behaviour. *International Journal of Developmental Disabilities*, 69(3), 398–411. <https://doi.org/10.1080/20473869.2023.2195721>
- Martinez-Castilla, P., Burt, M., Borgatti, R. & Galliardi, C. (2015). Facial emotion recognition in Williams syndrome and Downs syndrome: A matching and developmental study. *Child Neuropsychology*, 21(5), 668–692. <https://doi.org/10.1080/09297049.2014.9454088>
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K. & Marvin, R. (2015). *Trygghetssirkelen – en tilknytningsbasert intervensjon*. Gyldendal Akademisk.
- Sappok, T., Budczies, J., Bölte, S., Dziobek, I., Dosen, A. & Diefenbacher, A. (2013). Emotional development in adults with autism and intellectual disabilities: A retrospective, clinical analysis. *PloS One*, 8(9), Article e74 036. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074036>
- Sappok, T., Budczies, J., Dziobek, I., Bölte, S., Dosen, A. & Diefenbacher, A. (2014). The Missing Link: Delayed Emotional Development Predicts Challenging Behavior in Adults With Intellectual Disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(4), 786–800. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1933-5>
- Sappok, T., Dosen, A., Zepperitz, S., Barrett, B., Vonk, J., Schanze C., Illic, M., Bergmann, T., De Neve, L., Birkner, J., Zaal, S., Bertelli, M. O., Hudson, M., Morisse, F. & Sterkenburg, P. (2020). Standardizing the assessment of emotional development in adults with intellectual and developmental disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33, 542–551. <https://doi.org/10.1111/jar.12697>
- Sappok, T., Sabine, Z. & Hudson, M. (2022a). *Meeting emotional needs in intellectual disability*. Högrefe.
- Sappok, T., Hassiotis, A., Bertelli, M., Dziobek, I. & Sterkenburg, P. (2022b). Developmental Delays in Socio-Emotional Brain Functions in Persons with an Intellectual Disability: Impact in Treatment and Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 68(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph192013109>
- Sappok, T., Zepperitz, S., Morisse, F., Barret, F. B. & Dosen, A. (2023). SEED-2. Skala for evaluering av emosjonell utvikling - 2. Högrefe.
- Stubrud, L. H. (2016). Regulering av emosjoner og atferd hos personer med utviklingshemming. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(10), 806–813. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2016as09ae-Regulering-av-emosjoner-og-atferd-hos-personer-med-utviklingshemning>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. D., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartlig, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garrity, C., Lewins, S., Godfrey, C. M., Macdonald, M. T., LAnglois, E. V., Soares-Weiser, K., Morarity, J., Clifford, T., Tuncalp, O. & Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Zaal, S. & Boerhave, M. (2023). *Emotional Development. Description of phases and corresponding guidance style*. Cordaan.

Espen Walderhaug

Klinikk psykisk helse og avhengighet,
Oslo universitetssykehus HF

Helene Amundsen Nissen-Lie

Psykologisk Institutt,
Universitetet i Oslo

Espen Ajo Arnevik

Klinikk psykisk helse og avhengighet,
Oslo universitetssykehus HF

Christina Thorpe

Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo
universitetssykehus HF

Ingunn Hove

Klinikk psykisk helse og avhengighet,
Oslo universitetssykehus HF

Hestefasilitert psykoterapi i spesialisthelsetjenesten

OMTALT ARTIKKEL

Thorpe, C., Steigen, A. M.,
Nissen-Lie, H. A., Godtlund, S.
& Walderhaug, E. (2025).
Equine-facilitated psychotherapy
as a supplementary treatment
for patients with mental and/or
substance use disorders:
An observational study on
treatment outcome. *Journal of
Contemporary Psychotherapy*.
<https://doi.org/10.1007/s10879-024-09660-8>

En ny studie bekrefter at terapi med hest har nytte som tillegg til annen behandling.

Det er økende interesse for hestefasilitert psykoterapi (HFP), men relativt lite forskning. Vår nyeste studie undersøker effekten av HFP for pasienter med rusavhengighet og/eller psykiske lidelser i en klinisk kontekst. HFP er en opplevelsesorientert psykoterapi som inkluderer aktiviteter og samhandling med hester for å bedre pasientens psykiske helse. Terapien utføres av helsepersonell i samarbeid med hesteekspert. HFP fokuserer på interaksjon og relasjon med løse hester i flokk. Terapiformen benytter fenomenet antropomorfisme som et terapeutisk verktøy, hvor dyr tillegges menneskelignende følelser og egenskaper. Hester er sensitive for omgivelsene sine og reagerer på måter som kan få pasienten til å føle seg sett og forstått. Hestenes reaksjoner kan føre til at pasienter gjenskaper atferdsmønstre med paralleller til deres daglige utfordringer. Behandlingsteamet observerer interaksjonen på litt avstand, og ved slutten av timen reflekterer teamet sammen med pasientene for å øke deres bevissthet om relasjonsmønstre, emosjonelle responser og atferd.

KONTAKT chra@ous-hf.no

MERKNAD Vi takker deltakerne, Bergesenstiftelsen, Lions Slemdal og Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus for støtten til studien. EW og HNL sitter i Psykologtidsskriftets redaksjonsråd.

Metode

Studien ble gjennomført ved Stallen på Gaustad, en poliklinisk enhet i spesialisthelsetjenesten under avdeling rus- og avhengighetsbehandling, Oslo univer-

sitetssykehus. Behandlingsteamet besto av en psykolog, en spesialutdannet sykepleier og en spesialutdannet sosionom, samt et team som tok seg av hestene. Behandlingen varte i 12 til 16 uker med én 60-minutters gruppesesjon per uke. Pasientene mottok vanlig behandling fra henvisende behandler i tillegg til HFP. Studien inkluderte 105 deltakere (86 kvinner og 19 menn) med en gjennomsnittsalder på 33 år. Alle deltakerne hadde moderat til alvorlig rusavhengighet og/eller psykiske lidelser, med et gjennomsnitt på 2.4 ICD-10-diagnoser hver.

Pasienter som samtykket til forskningsdeltagelse, besvarte et elektronisk spørreskjema ved inntakssamtalen («før») og mot slutten av HFP («etter»). Fire validerte instrumenter ble brukt for å evaluere eventuelle endringer: Hopkins Symptoms Checklist-10 målte symptomtrykk relatert til depresjon og angst, General Self-Efficacy Scale-5 målte generell mestring, Emotion Regulation fra Severity Indices of Personality Problems-118 målte emosjonsregulering, og Quality of Life-5 målte livskvalitet.

Resultater

Dataene ble analysert ved hjelp av en parett t-test for å undersøke forskjeller mellom før- og etter-målinger. Resultatene viste statistisk signifikante forbedringer på alle utfallsmålene med effektstørrelser i området liten til medium effekt. Livskvalitet, symptomtrykk og mestring hadde medium effekt ($d = 0.48-0.43$), mens emosjonsregulering hadde liten effekt ($d = 0.35$).

Implikasjoner

Studien viser at HFP kan være en effektiv tilleggsterapi for pasienter med rusavhengighet og/eller psykiske lidelser. HFP involverer interaksjon med hester, som kan fungere som en bro mellom pasient og terapeut og gjøre det lettere for pasienten å åpne seg og delta i behandlingen. Resultatene indikerer forbedringer i symptomtrykk, mestring, emosjonsregulering og livskvalitet. Dette er i tråd med tidligere forskning, men studien manglet kontrollgruppe og kan ikke etablere årsakssammenhenger. Forbedringene kan delvis skyldes den vanlige behandlingen deltakerne mottok fra henvisende behandler. Tilbakemeldinger fra både henvisende behandlere og pasienter tyder på at HFP gir viktig innsikt i pasientenes interaksjonsmønstre, beskyttelsesstrategier og aktiveringstilstander. Det kan tyde på at bedringen skyldes en kombinasjon av HFP og vanlig behandling. Pasientgruppen var generelt preget av komorbiditet, høyt lidelsestrykk, arbeidsledighet og forskjellige behandlingsforsøk over tid i både dag- og døgnbehandling. HFP kan derfor være et godt supplement for pasienter som opplever at tradisjonelle behandlingsmetoder ikke er tilstrekkelige. HFP hadde en positiv effekt på tvers av alle diagnosegruppene, spesielt for deltakere med personlighetsforstyrrelse. Effekten samsvarer med den kliniske oppfatningen. Pasienter med personlighetsforstyrrelse rapporterer

ofte at hestene får dem til å føle seg trygge og at de kan danne relasjoner med dem. HFP for pasienter med personlighetsforstyrrelser bør undersøkes nærmere i fremtidig forskning. Ⓟ

DESIGN

- Prospektivt observasjonsstudie av hestefasiliteret psykoterapi (HFP), en terapiform som omfatter samhandling med hester for å forbedre pasientenes psykiske helse.
- Studien inkluderte 105 deltakere med rusavhengighet og/eller psykiske lidelser.
- Behandlingsprogrammet varte i 12 til 16 uker, med én 60-minutters gruppesesjon per uke.
- Deltakerne besvarte spørreskjemaer før og mot slutten av behandlingsprogrammet.

HOVEDFUNN

- Pasientene rapporterte bedring på alle utfallsmålene: symptomtrykk, generell mestring, emosjonsregulering og livskvalitet.
- HFP hadde en positiv effekt på tvers av alle diagnosegruppene, spesielt for personlighetsforstyrrelser.
- HFP kan være et verdifullt supplement til tradisjonelle behandlingsmetoder.

Silje Hukkelberg

Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU)

Kristin Berg Nordahl

Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU)

MATCH: transdiagnostisk behandling for barn og unge i psykisk helsevern

OMTALT ARTIKKEL

Hukkelberg, S. S., Torsheim, T., Nordahl, K. B., Bringedal, G. E., Rajah, S., Hagen, K. A., Kjølbi, J., Rognstad, K., Ugueto, A. M., Bearman, S. K. & Weisz, J. (2024). The modular approach to therapy for youths with anxiety, depression, trauma, and conduct problems (MATCH): results from the Norwegian randomized-controlled trial. *BMC psychology*, 12(1), 569. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02082-0>

Studien fant ikke forskjell mellom MATCH og vanlig behandling. Det kan tyde på at BUP-terapeuter allerede inkluderer evidensbaserte metoder i praksis.

I en ny studie sammenligner vi effektene av behandlingsprogrammet MATCH med vanlig behandling i utvalgte barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). MATCH er rettet mot barn og unge med angst- og depresjonssymptomer, traumerelaterte vansker samt atferdsproblemer. Resultatene indikerte at både MATCH og behandling som vanligvis tilbys i BUP, reduserte barns eksternaliserende og internaliserende vansker.

Angst, depresjon, traumerelaterte vansker og atferdsproblemer er noen av de vanligste årsakene til at barn og unge henvises til psykisk helsehjelp i Norge (Helsedirektoratet, 2024). Komorbiditet blant barn og unge er svært vanlig, og studier tyder på at så mange som 40 % som lider av én type psykisk lidelse, også oppfyller kriteriene for en eller flere andre psykiske lidelser (Heiervang et al., 2007). I noen tilfeller kan barn ha flere diagnoser ved inntak, i andre tilfeller kan symptombildet endre seg gjennom behandlingsforløpet og avdekke tilleggsdiagnoser.

MATCH-ADTC (Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma, and Conduct Problems (Chorpita & Weisz, 2009) er en evidensbasert, fleksibel og modulbasert metode for behandling av angst, depresjon, traumerelaterte vansker og atferdsproblemer. Behandlingsmetoden inneholder en terapeutisk verktøykasse bestående av 35 evidensbaserte moduler som kan kombineres for å hjelpe barn med komplekse symptomer. Noen av modulene er felles for flere problemområder (f.eks. psykoedukasjon eller emosjonsregulering), mens andre er rettet mot et spesifikt problemområde (f.eks. angststigen eller effektive beskjeder), og ulike komponenter kan kombineres på tvers av diagnoser. Dermed kan behandlingen skreddersys og tilpasses hvert enkelt barns behov ved inntak og underveis i terapiforløpet. Studier fra USA indikerer at MATCH har bedre behandlingsresultater enn både vanlig behandling og standard behandlingsprogrammer rettet mot enkeltdiagnoser (Chorpita et al., 2013, 2017; Weisz et al., 2012). I studien ønsket vi å sammenligne effekten av MATCH med vanlig norsk praksis i BUP (Treatment as Usual, TAU), fra inntak til behandlingsslutt, og ett år senere.

Metode

Barn og ungdom mellom 6 og 14,5 år som var blitt henvist til BUP på grunn av symptomer på angst, depresjon, atferdsproblemer og/eller traumer, og foreldrene deres, ble invitert til å delta i studien (Hagen et al., 2019). Til sammen 121 barn og unge (71 gutter) fikk enten MATCH eller vanlig behandling, og foreldre rapporterte på symptomer før behandling, etter behandling og ett år etter behandlingsslutt. I alt 44 terapeuter deltok i studien og fikk opplæring i MATCH over fem dager i regi av NUBU. Videomateriale fra terapitimene ble samlet inn for å undersøke bruken av EBT-komponenter i behandlingen.

Hovedresultater

Funnene viste en statistisk signifikant reduksjon i både internaliserende og eksternaliserende symptomer hos barna, men ingen signifikante forskjeller mellom de som fikk MATCH, og de som fikk vanlig behandling. Ett år etter at behandlingen var fullført, var effektene stabile for internaliserende symptomer, men ytterligere redusert for eksternaliserende vansker. Gjennomsnittlig behandlingstid var sammenlignbar for de to gruppene, men lengre enn i flere andre studier om MATCH. Observasjonsdata fra terapitimene viste at terapeutene i MATCH-gruppen brukte evidensbaserte behandlingsmoduler i omtrent 75 % av tiden i terapi-sesjonene, i vanlig praksis var andelen 54 %.

Implikasjoner

Studien viste at både MATCH og vanlig praksis i BUP reduserte internaliserende og eksternaliserende vansker hos barn og unge med angst, depresjon, traumer og problematferd, eller kombinasjoner av de ulike problemene. Med andre ord tyder studien på at vanlig praksis i BUP allerede hjelper mange barn med sammensatte utfordringer.

Det at vi ikke fant noen forskjeller i behandlingseffekt mellom MATCH og behandling som vanlig, skiller seg fra en rekke studier fra USA, men samsvarer med en MATCH-studie fra New Zealand (Merry et al., 2020). En mulig forklaring på nullfunnene er at terapeuter i BUP allerede i stor grad benytter evidensbaserte metoder og moduler i sin praksis. Dermed skiller den norske terapikonteksten seg fra den amerikanske, noe som gjør at de ikke nødvendigvis er sammenlignbare. Resultatene indikerte likevel at opplæringen i MATCH bidro til å øke terapeutenes bruk av evidensbaserte moduler. Altså kan opplæring i MATCH og bruken av moduler på tvers av diagnoser være nyttig.

Vi møtte flere utfordringer med å rekruttere barn og unge til MATCH-studien, noe som gjorde at utvalget ble mindre enn planlagt.

Et lite utvalg begrenser den statistiske styrken og mulighetene til å oppdage

effekter og studere gruppeforskjeller (f.eks. ved kjønn eller diagnoser). Det var også en del frafall, som antagelig kan tilskrives krav om samtykke fra begge foreldre og omfattende spørreskjemaer.

Studien reiser flere spørsmål. Når det gjelder terapeutisk praksis, vil det være interessant å se nærmere på hvilke behandlingsmoduler og metoder som brukes i behandlingen som vanligvis tilbys i BUP, og hvordan ulike metoder påvirker behandlingsresultatet. Et annet spørsmål er om opplæring i transdiagnostiske tiltak faktisk fører til bedre behandlingsresultater. Framtidige RCT-behandlingsstudier bør rekruttere et større utvalg, redusere frafall underveis og begrense omfanget av spørreskjema for å gjøre det enklere å delta og sikre datakvalitet.

DESIGN

- I en randomisert kontrollert studie (RCT) sammenlignet vi en evidensbasert behandlingsmetode for barn og unge med sammensatte utfordringer knyttet til angst, depresjon, traumer og atferdsproblemer (MATCH) med vanlig behandling i BUP.
- Foreldre rapporterte om barns ($N = 121$) internaliserende og eksternaliserende symptomer med CBCL før, etter og 12 måneder etter behandlings-slutt.
- Dataene ble analysert med modifiserte vekstkurveanalyser.
- Observasjonsdata fra terapitimer ble brukt for å studere terapeutenes bruk av ulike evidensbaserte behandlingsmoduler.

HOVEDFUNN

- Foreldre rapporterte en statistisk signifikant reduksjon av eksternaliserende (MATCH: $d = .40$, TAU: $d = .54$) og internaliserende symptomer (MATCH: $d = .50$, TAU: $d = .84$) i begge gruppene fra behandlingsstart til slutt.
- Internaliserende symptomer var stabile fra behandlingsslutt og ett år senere, mens eksternaliserende vansker ble ytterligere redusert i samme periode (MATCH: $d = .51$, TAU: $d = .63$).
- Det var ingen statistisk signifikante forskjeller i internaliserende eller eksternaliserende symptomer mellom barn som mottok MATCH, og barn som fikk vanlig behandling i BUP.
- Observasjonsdata viste at MATCH-terapeutene brukte evidensbaserte behandlingsmoduler i omtrent 75 % av terapien, tilsvarende andel var 54 % i vanlig praksis.

REFERANSER

- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., Park, A. L., Ward, A. M., Levy, M. C., Cromley, T., Chiu, A. W., Letamendi, A. M., Tsai, K. H. & Krull, J. L. (2017). Child STEPs in California: A Cluster Randomized Effectiveness Trial Comparing Modular Treatment With Community Implemented Treatment for Youth With Anxiety, Depression, Conduct Problems, or Traumatic Stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(1), 13–25. <https://doi.org/10.1037/ccp0000133>
- Chorpita, B. F. & Weisz, J. R. (2009). *MATCH-ADTC Modular Approach to therapy for children with anxiety, depression, trauma, or conduct problems*. PracticeWise.
- Chorpita, B. F., Weisz, J. R., Daleiden, E. L., Schoenwald, S. K., Palinkas, L. A., Miranda, J., Higa-McMillan, C. K., Nakamura, B. J., Austin, A. A., Borntrager, C. F., Ward, A., Wells, K. C. & Gibbons, R. D. (2013). Long-Term Outcomes for the Child STEPs Randomized Effectiveness Trial: A Comparison of Modular and Standard Treatment Designs With Usual Care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 999–1009. <https://doi.org/10.1037/a0034200>
- Hagen, K. A., Olseth, A. R., Laland, H., Rognstad, K., Apeland, A., Askeland, E., Taraldsen, K., Christensen, B., Kjøbli, J., Ugueto, A. M., Bearman, S. K. & Weisz, J. (2019). Evaluating Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma and Conduct Problems (MATCH-ADTC) in Norwegian child and adolescent outpatient clinics: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), 16–16. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-3074-9>
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.-B., Ullebø, A. K., Plessen, K. J., Bjelland, I., Lie, S. A. & Gillberg, C. (2007). Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year-Olds: An Epidemiological Survey of Prevalence, Risk Factors, and Service Use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438–447. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31803062bf>
- Helsedirektoratet (2024). Psykiske lidelser – barn og unge. Hentet 10. april 2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>
- Merry, S. N., Hopkins, S., Lucassen, M. F. G., Stasiak, K., Weisz, J. R., Frampton, C. M. A., Bearman, S. K., Ugueto, A. M., Herren, J., Cribb-Su'a, A., Kingi-Uluave, D., Loy, J., Hartdegen, M. & Crengle, S. (2020). Effect of Clinician Training in the Modular Approach to Therapy for Children vs Usual Care on Clinical Outcomes and Use of Empirically Supported Treatments A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 3(8), e2011799–e2011799. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11799>
- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K., Daleiden, E. L., Ugueto, A. M., Ho, A., Martin, J., Gray, J., Alleyne, A., Langer, D. A., Southam-Gerow, M. A., Gibbons, R. D. & Research Network on Youth Mental Health, and the. (2012). Testing Standard and Modular Designs for Psychotherapy Treating Depression, Anxiety, and Conduct Problems in Youth: A Randomized Effectiveness Trial. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 274–282. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.147>

Vi bør se fremover, ikke bakover, slår Håkon Skard fast. Han ser ut til å mene at medlemmene og Landsmøtet skal ta informerte valg. Da må de vel få tilgang til tilstrekkelig og korrekte opplysninger?

Det som skjer i lukkede rom

FOTO NORSK PSYKOLOGFORENING



TEKST Siri Næs

Lokal sikkerhetspsykiatri, avdeling for sykehuspsykiatri, helse Møre og Romsdal

KONTAKT Siri.Nes@helse-mr.no

MERKNAD Siri Næs er medlem i Sentralstyret og er foretakstillitsvalgt ved Helse Møre og Romsdal. Siterte tekster og det meste av informasjonen i kronikken finnes i styresakene fra Sentralstyrets desembermøte i 2024, og er tilgjengelig som PDF for alle medlemmer via «Mine sider» på psykologforeningen.no: «forskrivningsrett 20241205 Saksliste med alle saker til SST 6-24» (PDF)

Jeg ble nesten litt usikker på min egen virkelighetsoppfatning da jeg leste presidentens siste innlegg i Psykologtidsskriftet (Skard, 2025b), hvor han skriver at evidenskriterier for metodeutdanning og prøveprosjektet om begrenset forskrivningsrett har blitt behandlet i Sentralstyret, avgjort av et flertall og behandlet gjennom demokratiske prosesser. Hans fremstilling utelater viktige deler av sannheten og etterlater slik et inntrykk av at ting har foregått ryddig og riktig. Slik har jeg ikke opplevd disse prosessene.

Jeg ble valgt inn i Sentralstyret i 2019, og var da tillitsvalgt i et helseforetak. Helseforetakene kjører styremøter som er åpne for pressen, som ofte strømmes, hvor alle papirer gjøres offentlig tilgjengelig, og hvor strenge regler for hvilken informasjon som kan unndras fra offentligheten, blir overholdt. Da jeg ble valgt inn i Sentralstyret, var jeg altså vant til en åpenhetskultur. Jeg tenkte at jeg kunne overføre mye av dette til Psykologforeningen, som tross alt er en medlemsforening. Hva de valgte styremedlemmene gjør i styret, bør være synlig for medlemmene og mulig å etterprøve, tenkte jeg. Det siste året har jeg erfart at Psykologforeningen har en jobb å gjøre for å bli tilstrekkelig transparent. Fagutvalget for psykoterapi (Opsahl et al., 2025) har beskrevet en lite transparent saksprosess med evidenskriterier for spesialistutdanningen. Hanne Indregard Lind (2025) omtaler utfordringer relatert til arbeidsform i saken om forskrivningsrett.

Forskrivningssaken

Sykehuset i Østfold kontaktet Psykologforeningen 18. mars 2024 og informerte uformelt om et prøveprosjekt med begrenset forskrivningsrett til psykologer. Målet med prosjektet var å gi psykologer en begrenset forskrivningsrett og ansvar for oppfølging av medikamentell behandling.

— *hvorvidt Psykologforeningen støtter forskrivningsrett til psykologer generelt, eller spesifikt i prøveprosjektet i Østfold, er fortsatt ikke behandlet i Sentralstyret*

Et DPS i Østfold tok initiativ til prøveprosjektet som et tiltak bl.a. for å avlaste psykiatere, samt redusere fristbrudd og ventetider.

Saken ble informert om i Sentralstyret. Sentralstyret ble først informert om prosjektet 11. april 2024 som en «politikk og strategi»-sak. I Psykologforeningen blir «politikk og strategi»-saker diskutert i styret som en type temasak, uten at det fattes noen vedtak. Sentralstyret ble også 5.11.24, dagen før lederkonferansen ble avholdt, gitt en kort orientering om pilotprosjektet. Forskrivningsrett for psykologer generelt ble diskutert under dette møtet. Temaet var satt på agendaen påfølgende dag på lederkonferansen. President Skard presiserte under sentralstyremøtet at det lokale prøveprosjektet i Østfold *ikke* skulle diskuteres, kun forskrivningsrett for psykologer generelt.

Under lederkonferansen 6.11.24 presiserte Skard at han ønsket å diskutere saken som prinsipp. Saken ble diskutert rundt bordene, men det ble ikke ført systematisk referat. Fra talerstolen kom ulike argumenter, noen var for, andre imot. Mange mente at vi måtte ha en grundig prosess før vi kunne ta stilling til saken.

Dagen etter lederkonferansen, 8.11.24, ble det likevel sendt mail til Helse Sør-Øst (HSØ) der det ble presisert at Psykologforeningen støttet dette konkrete pilotprosjektet. Ordlyden var undertegnet av president Skard. Han valgte altså å gå direkte fra en prinsipiell diskusjon hvor medlemmene hadde delte oppfatninger, til å støtte opp under ett konkret prosjekt hvor psykologer skulle skrive ut medisiner.

Sentralstyret mottok 18.11.24 brev fra Legeforeningens sentralstyre, hvor de blant annet redegjorde for de problematiske sidene ved forskrivningsrett for psykologer:

Legeforeningens representanter har i alle møter vært tydelige på at en innføring av forskrivningsrett for psykologer ikke er faglig forsvarlig av de grunner som fremgår ovenfor. Slik vi har oppfattet Psykologforeningens ledelse har både president og fagdirektør bekreftet forståelse for motforestillingene og uttrykt at Psykologforeningen er tilfreds med "status quo" når det gjelder dette spørsmålet.

[...]

Fredag 8. november ble det imidlertid formidlet at Psykologforeningen hadde snudd i sitt syn på saken. Angivelig skal dette ha skjedd etter diskusjoner på foreningens lederkonferanse i begynnelsen av november, men etter det vi forstår, uten at det formelt var tatt stilling til i Psykologforeningens besluttsende organ. Snuoperasjonen er formidlet til HSØ ved at president Håkon Kongsrud Skard sendte følgende brev til saksbehandler i HSØ:

"Det har blitt etterlyst hva som er Psykologforeningens holdning til et foreslått pilotprosjekt ved sykehuset i Østfold om begrenset forskrivningsrett for psykologer. I den forbindelse vil vi henvise til brev av 17. oktober fra Psykologforeningen til Helse Sør-Øst Fagavdelingen ved Miriam Sandvik. Vi vil presisere at Psykologforeningen støtter at pilotprosjektet bør gjennomføres, gitt tilstrekkelige faglige forutsetninger i form av opplæring mv. Dette i overenstemmelse med vår lokale tillitsvalgte."

[...]

[Legeforeningen] reiser spørsmål ved om det som nå formidles er uttrykk for en vedtatt ny retning og i så fall hvilket faglig grunnlag som ligger til grunn for en slik endring. Legeforeningen anser Psykologforeningen som en viktig samarbeidspartner gjennom en årrekke. [...] Vi mener nettopp av den grunn at det er svært viktig med en tillitsfull og forutsigbar dialog og samarbeid. Det mener vi dessverre ikke er situasjonen i denne saken slik den har utviklet seg.

Sentralstyret behandlet saken igjen 5.12.24. Vedtaket som ble fattet i dette møtet, er det *eneste* vedtaket som er gjort i Sentralstyret om saken, og omhandler hvilket brev man skulle sende som svar til Legeforeningen. I styresakene fra møtet står det spesifikt at:

Det har kommet spørsmål fra et medlem i sentralstyret som kan implisere at kommunikasjonen fra foreningen har gått lenger enn det var mandat for. Det presiseres at denne saken ikke er forberedt med sikte på å behandle slike påstander, og at dersom man ønsker

en slik behandling må saken forberedes for det til et senere møte.

Altså, hvorvidt presidenten hadde mandat til å støtte det lokale prosjektet uten vedtak i Sentralstyret, eller hvorvidt Psykologforeningen støtter forskrivningsrett til psykologer generelt, eller spesifikt i prøveprosjektet i Østfold, er fortsatt ikke behandlet i Sentralstyret.

Problemet

Hanne Indregard Lind stiller som presidentkandidat og viser til blant annet evidenssaken når hun begrunner sitt kandidatur (Lind, 2025). I sitt motsvar argumenterer Skard at dette styrker hans opplevelse av at valgkampen handler om uenighet om innhold, ikke manglende demokrati. Det er feil.

At ledelsen i foreningen i mange tilfeller må handle raskt ut fra etablert mandat, er åpenbart. Men enkelte saker er av så stor prinsipiell betydning at medlemsdemokratiet må få god anledning til å delta. Hvilke evidenskriterier som skal ligge til grunn for spesialistutdanningen, er en slik sak. Hvorvidt psykologer bør ha begrenset forskrivningsrett, er en annen. Vi kan være enige eller uenige i hvorvidt psykologer burde ha forskrivningsrett. Men faktum er at saken ikke har vært behandlet i Sentralstyret. Det handler om demokrati og prosess, ikke uenighet i et vedtak som flertallet har stemt for.

Vi må forholde oss til det som er sant. Er man ikke enige om hva som er sant, må man se på det som er dokumentert. I saken er det godt dokumentert at spørsmålet om forskrivningsrett for psykologer ikke er behandlet i Sentralstyret. Når Skard likevel påstår det motsatte i sin tekst, setter han meg som medlem av Sentralstyret i et dilemma. Spørsmålet om forskrivningsrett er en viktig sak som mange bryr seg om. Både forskrivningssaken og evidenssaken innebærer prosesser som på hvert sitt vis har vært uryddige, og begge kan sette Psykologforeningen i et dårlig lys om de skal redegjøres for i offentligheten.

Til slutt landet jeg på at jeg måtte bidra til medlemmenes informerte valg. Jeg mener medlemmene har en

rett til å vite om dette saksforholdet.

Legeforeningen har formidlet at de ikke har opplevd dialogen med Psykologforeningen i forskrivningssaken som tillitsfull. Legeforeningen er en viktig samarbeidspartner, og vi trekker tungt på det gode samarbeidet vi har hatt med dem gjennom år. Vi kan spørre oss om denne saken kan ha bidratt negativt i innsatsen for psykologer på fastlegekontoret.

I tillegg er det landsmøte snart. Om landsmøtedelagene ikke har informasjon om saken, eller enda verre, har fått villedende informasjon, kan de heller ikke si sin mening om hvordan prosessene i fremtidige saker bør være. De vil ikke kunne foreta informerte valg om hvem som skal føre prosesser på vegne av psykologer i Norge.

— Vi må forholde oss til det som er sant

Hva nå, landsmøte?

Skard viser i en tidligere tekst til at det er hans tidligere støttespillere som nå støtter Lind (Skard, 2025a). Jeg er en av dem. Før landsmøtet i 2019 skrev jeg at jeg støttet Skard fordi han skulle være en president som lyttet til medlemmene og tillitsvalgte (Næs, 2019). Det har siden dette vært flere gode samarbeid, og den første tiden opplevde jeg det som at presidenten jobbet for å være lyttende og legge til rette for diskusjonsarenaer. Dessverre har presidenten det siste året vist at han synes det er vanskelig å lytte til tillitsvalgte dersom det de mener, står i veien for raske eller ønskede resultater. Som øverste leder er prosessene presidentens ansvar. Det har vært ubehagelig å være tillitsvalgt, uenig eller i mindretall. Jeg ønsker meg fortsatt en president som lytter til medlemmer og tillitsvalgte – også når de er uenige. Jeg har mistet troen på at dette er Håkon Skard. 🙏

REFERANSER

- Lind, H. I. (2025, 9. mai). Tid for å løfte taket. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a-s05ae-tid-for-lofte-taket>
- Næs, S. (2019). Jeg stemmer på Håkon Skard som president! *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2019a-s08ae-jeg-stemmer-pa-hakon-skard-som-president->

- Opsahl, I. A., Ekroll, V. B., Ekberg, A., Hageselle, J., Fredheim, K. N. & Wangen, I. (2025, 12. mai). Interne samarbeidsproblemer svekker Psykologforeningen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a-s05ae-interne-samarbeidsproblemer-svekker-Psykologforeningen>
- Skard, H. (2025a, 2. mai). Et levende demokrati. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a-s05ae-et-levende-demokrati>

- www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a-s05ae-Et-levende-demokrati
- Skard, H. (2025b, 15. mai). Vi bør se framover, ikke bakover. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a-s05ae-Vi-b-r-se-framover-ikke-bakover>

Diskusjoner om flaggforbud og
kjønnsidentitet bør alltid forankres
i folks levde erfaringer.

Skeive hverdagsliv i storsamfunnet



FOTO: PRIVAT

TEKST Reidar Schei Jessen
Tavistock and Portman og
Psykologisk Institutt
Universitetet i Oslo

KONTAKT rjessen@tavi-port.nhs.uk

Kristelig folkepartis landsmøtevedtak om å forby regnbueflagg i skolen og den britiske høyesteretts definisjon av hvem som er kvinne i rettslig forstand er to politiske saker som har preget oppløpet til årets Pride-feiring. Begge debattene er egnet til å polarisere. I tillegg reduserer de sammensatte spørsmål om inkludering i storsamfunnet og hva det vil si å være menneske til en abstrakt øvelse om lover og regler og prinsipper, uten å forankre diskusjonene i folks levde erfaringer og hverdagsliv.

Parallelt med den politiske utviklingen har vi de siste årene sett en tydelig økning i den negative omtalen av transpersoner og andre skeive i tradisjonelle og sosiale medier (Engebretsen, 2022). Medieomtaler og politiske diskusjoner fokuserer ofte på isolerte saker og populærkulturelle teorier, som at skolen legger for mye til rette for mangfold, eller at unge blir usikre på egen kjønnsidentitet ved å lære om kjønns mangfold (Engebretsen, 2022). Selv om mange av sakene virker ufarlige i seg selv, viser helhetlige analyser at debattene og de politiske enkelt-sakene, som flaggforbud, går igjen på tvers av landegrenser. Et annet fellestrekk er at diskusjonene er abstrakte og gir lite rom for å diskutere den helhetlige

situasjonen. Blikket for det sammensatte og motsetningsfylte, både innad i hvert enkelt individ og utad mellom mennesker – den sosiale situasjonen som folk lever i – glipper.

Jeg tenker at psykologer står i en særstilling når det gjelder å kunne bringe nysgjerrigheten for det menneskelig komplekse i dialog med både evidensbasert kunnskap, og etiske og menneskerettslige prinsipper som har til hensikt å legge til rette for gode samfunn. Diskusjoner om flaggforbud i skolen og kjønnsidentitet er arenaer hvor psykologfaglig kunnskap kan bidra med nyansering og gi rom for det sammensatte i menneskelig erfaring.

Det hverdagslige som utgangspunkt

Som forsker på trans og kjønnsidentitet slår det meg ofte hvor stort gap det er mellom de offentlige diskusjonene og temaene som dukker opp som sentrale i forskningen på transfolk og andre skeives liv. La meg gi noen eksempler – i konkretiseringens navn. Når jeg intervjuer unge transfolk om deres liv så dukker betydelig mer hverdagslige tema opp. Ungdommene forteller om betydningen av å finne seg en kjæreste eller en vennegjeng og behovet for at lærere og andre på skolen legger til rette for at de kan utforske en sosial rolle i tråd med kjønnsidentiteten sin uten mobbing (Jessen et al., 2021; Jessen et al., 2025). Ungdommenes kontekst er helt avgjørende for hvordan de opplever kjønn som levd erfaringer og mulighetene de har for å utforske og finne ut av hvem de er og hvordan de vil leve livet. Og med kontekst sikter jeg her til familie og venner, men også fritidstilbud og skolemiljøet. Selvsagt preges ungdommenes hverdag av en stadig skiftende ungdomskultur som gir dem tilgang til ulike identiteter og fortellinger som de kan spille seg i. Sosiale medier og ulike former for ungdomskultur er selvsagt viktig. Men hva sosiale kategorier betyr på et subjektivt plan, enten det er snakk om de mer tradisjonelle som mann og kvinne, eller identiteter som har fått mer omtale de siste årene, som pan eller ikke-binær, avgjøres i hverdagen.

For unge transpersoner er ikke kjønn en abstrakt øvelse, men finner sted i en pågående forhandling med både de nære omgivelsene og kulturen mer overordnet. På mange måter resonnerer dette med Toril Mois (1999) konklusjon om at det ikke finnes en tydelig definisjon på hva en kvinne er, fordi alle forsøk på å slå fast en gang for alle hva det innebærer å tilhøre kvinnekategorien ender opp med å overse mangfoldet innad. Det betyr ikke at kjønn som kropp er uviktig, tvert imot. Majoritetskvinnens levde erfaringer med menstruasjon og graviditet, for å nevne noe, er avgjørende og bør hensyntas. Men ingen av disse forholdene kan beskrive *alle* kvinners erfaringer. I tillegg har kvinners kroppslige utgangspunkt hatt ulik betydningen oppgjennom historien. I løpet av 1900-tallet har vi gått fra å tenke på kvinners reproduktive egenskaper som uforenelig med deltagelse i yrkeslivet til å anse deres tilstedeværelse på alle samfunnsarenaer som en nødvendig forutsetning for et godt samfunn. Moi (1999) oppfordrer oss til å forstå kjønn som en sosial situasjon som alltid er forankret i tid og rom.

Levd erfaring som rettesnor i klinikk

La meg gå inn et annet eksempel for å illustrere behovet for å forankre mer generelle diskusjoner i levd erfaring. Siden 1990-tallet har psykologer og leger utviklet retningslinjer for kjønnsbekreftende behandling for barn og unge som opplever kjønnsinkongruens, for å bringe en persons kjønnsuttrykk nærmere kjønnsidentiteten. Hvordan ivaretar man kunnskap om det medisinske forsvarlige opp mot menneskerettslige prinsipper om alder og barns barn og unges rett til å bli lyttet til når beslutninger om deres liv fattes? I praksis er anbefalingen å gjøre *konkrete vurderinger av den enkeltes situasjon*, der man tar utgangspunkt i den unges egne tanker og refleksjoner og bringer dette i dialog med foreldre og foresattes perspektiv, og medisinsk og psykologisk kunnskap om barn og unges utvikling (Jessen & Sandberg, 2021). Helsepersonellet må gå i *dialog* med ungdommen og dens familie for

— *Blikket for det
sammensatte
og motsetnings-
fylte, glipper*



— dialog er viktig når vi staker ut kursen
mot et inkluderende samfunn



å få tak i hvordan kjønn oppleves i hverdagen og finne praktiske løsninger som kan ta hensyn til behov i både nåtid og fremtid. Som psykologer vet vi bedre enn de fleste at komplekse avgjørelser i folks liv sjelden stakes ut av generell kunnskap og retningslinjer i et vakuum – de bør forankres i folks subjektive oppfatning og den konkrete hverdagen de lever i.

Dialog og refleksjon

Om nettopp dialog er viktig når vi staker ut kursen mot et inkluderende samfunn. Ifølge den politiske teoretikeren Lois McNay (2022) er det en fare for at slike diskusjoner blir lite fruktbare hvis spørsmålene er for abstrakte. Hvis noen spør meg om jeg synes folk bør straffefølges hvis de ikke bekrefter transpersoners kjønnsidentitet, er svaret et definitivt nei. Blir jeg derimot spurt som fagperson om å dele mine tanker om hva som er god klinisk praksis når det gjelder kjønns-mangfold, vil min klare oppfordring være at psykologer som jobber med unge transfolk bekrefter klientens kjønnsidentitet. Grunnen til dette er menneskelig høflighet og en fagetisk refleksjon om at anerkjennelse og respekt er en fundamental forutsetning for gode kliniske møter. Abstrakte spørsmål gir ulne og polariserende svar. Hvis vi derimot konkretiserer både tid og sted når vi utformer spørsmål, kan svarene hjelpe oss med å vite hvor vi bør gå. Som psykologer kan vi bidra til å legge til rette for gode dialoger i forskjellige settinger, der folks ulike behov lyttes til. Svarene fra slike samtaler kan deretter brukes til å finne konkrete løsninger på reelle problemer. Det vi gjør i konkrete mellommenneskelige relasjoner, både privat og profesjonelt, er avgjørende, fordi anerkjennelse av f.eks. transpersoners selvopplevelse legger til rette for møter som vil kunne gi forståelse og ny innsikt for alle parter.

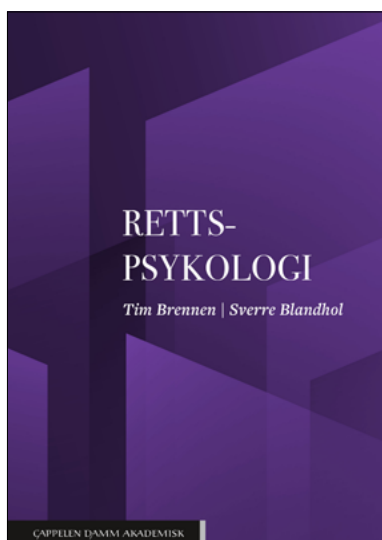
I sitt forsvar for flaggforbud argumenterer KrF-leder Dag Inge Ulstein med at forbudet er en prinsipiell beslutning, fordi vi trenger å avklare hvilke flagg som kan vaie på norske skoler. Abstrakte diskusjoner og flaggforbud er kanskje egnet til å polarisere og skaffe velgere til et parti som ligger nær sperregrensen, men de er dårlige utgangspunkt for dialog og problemløsning i folks hverdagsliv. Hvis rektorer og lærere mener at heiste regnbueflagg kan bidra til at skeive elever føler seg tryggere, så bør flagget være ett av flere konkrete tiltak i skolens verktøykasse. Og til slutt – et siste sukk fra en forsker med interesse for empirisk kunnskap: ikke alle verdispørsmål kan begrunnes fullt og helt i forskning eller prinsipielle avklaringer. Noen verdier legger vi bare til grunn.

REFERANSER

- Engebretsen, E.L. (2022). Scientizing Gender? An Examination of Anti-Gender Campaigns on Social Media, Norway. I H. Eslen-Ziya & A. Giorgi (red.), *Populism and Science in Europe. Palgrave Studies in European Political Sociology* (s. 185–206). Palgrave Macmillan. https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1007/978-3-030-97535-7_9
- Jessen, R. S., Wæhre, A., David, L., & Stänicke, E. (2021). Negotiating gender in everyday life: Toward a conceptual model of gender dysphoria in adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 50, 3489–3503. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02024-6>
- Jessen, R.S. & Sandberg, K. (2021). Psykologisk og medisinsk behandling av barn og unge med kjønnsinkongruens. En fagetisk og menneskerettslig diskusjon I A. Hellum og A. Sørle, *Kjønn og rett i endring: Seksualitet, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk* (s. 225–265). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jessen, R. S., Wæhre, A., David, L. W., Stänicke, L. I., & Stänicke, E. (2025). Finding Oneself in the Gazes of Others: An Exploration of Subjective Experiences of Gender Among Young Binary Transgender Men. *Studies in Gender and Sexuality*, 26(1), 52–69. <https://doi.org/10.1080/15240657.2025.2453288>
- McNay, L. (2022). *The gender of Critical Theory. On the experiential grounds of critique*. Oxford University Press.
- Moi, T. (1999). *What is a woman? And other critical essays*. Oxford University Press.

TEKST Ellen Margrethe Wessel
House of 360

Fornuft og følelser i retten



BOK *Rettspsykologi*

FORFATTERE

Tim Brennen og Sverre Blandhol

ÅR 2025

FORLAG Cappelen Damm Akademisk

SIDER 414

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Hvorfor skal psykologer og jurister ha kunnskap om rettspsykologi? Svaret er kort: Det kan forhindre justisfeil.

Tim Brennen og Sverre Blandhol, professorer i henholdsvis psykologi og juss, kommer med mange gode begrunnelser for dette i sin nye bok om temaet. Psykologisk kunnskap knyttet til menneskelig adferd og beslutninger kan få stor betydning for rettssikkerhet og kvalitet i retten. For å ivareta rettssikkerheten til de involverte parter trenger vi kunnskap om de psykologiske prosessene og feilkildene som påvirker vitner og deres forklaringer. Det er samtidig vel så viktig å ha kunnskap om de psykologiske prosessene og feilkildene som påvirker de profesjonelle aktørenes tenkning, vurderinger og beslutninger. I boken *Rettspsykologi* får leseren en god innføring til dette spennende hybridfaget.

Brennen og Blandhol definerer rettspsykologi som et generelt rettsvitenskapelig fag, som hører hjemme innenfor både juss og psykologi. De begrunner relevansen av faget slik i bokens innledning: «Retten er i praksis gjennomsyret av psykologi, enten det gjelder advokatenes risikovurderinger eller dommernes følelser (...).». Forfatterne avgrenser boken fra temaer som kan sorteres under rettspsykiatri, slik som tilregnelighetsvurderinger, kliniske nevropsykologiske utredninger samt utredninger foretatt av sakkyndige i barnevernssaker og familietvistsaker. Bokens fokus er psykologisk forskning med relevans for bedømmelser, beslutninger og prosesser i retten, og ikke de kliniske vurderinger som også foretas i rettspleien. Likevel kan aktørene som utfører de kliniske vurderingene, også påvirkes av psykologiske prosesser. Derfor er rettspsykologi like relevant for denne gruppen aktører.

Vitne- og rettspsykologi

I boken presenteres studier på hva vitner faktisk husker, og hvor korrekt de husker. Hvilke omstendigheter svekker eller styrker hukommelsen, hva kan gjøre at vi husker feil eller etablerer falske minner. Temaene er svært relevante med hensyn til å vurdere vitners forklaringer og hva vi kan stole på som korrekt, men også for å kunne utvikle tiltak for å redusere feilkilder hos aktører som vurderer og bedømmer vitner. Disse temaene behandles i vitnepsykologien, som utgjør en stor del av den psykologiske forskningen boken refererer til. En mulig kritikk er forfatterne avgrensede definisjon av vitnepsykologi, hvor dens bidrag beskrives å være «vitners hukommelse, løgnavsløring og det faktum at oppriktige vitner kan huske feil». Dette oppleves som en vel snever definisjon. Innledningsvis i boken skriver de at rettspsykologien har uklare grenser, og denne snevre definisjonen er kanskje nettopp en illustrasjon av dette.

På den andre siden kan en smalere definisjon gjøre det lettere å tegne opp et tydelig skille mellom rettspsykologi og rettspsykiatriske sakkyndige vurderinger. Rettspsykologens mandat omhandler ofte variabler på et generelt nivå, som hva som kan skje med hukommelsen til vitner over tid. Mandatet kan også omhandle prosessvariabler som vurderer om aktører som barnevern, politi eller påtalemyndigheten har gått frem på måter som er i tråd med de anbefalte metoder og den psykologiske faglitteraturen. Retten vil så vurdere hvor relevant den presenterte forskningen er for den aktuelle saken. Rettspsykologen vurderer ikke påliteligheten eller troverdigheten til de involverte parter – det er rettens oppgave.

Troverdighet, pålitelighet og korrekthet

Forfatterne presenterer en nyttig modell som kan være nyttig for å vurdere holdbarheten av forklaringer i retten. Modellen skiller mellom vår bedømmelse av vitnet (troverdighet), vår bedømmelse av innholdet i forklaringen (pålitelighet) og hvorvidt det de forklarer, kan stemme (korrekthet). Å skille mellom disse tre polene står sentralt i rettspsykologien.

Forfatterne stiller spørsmålet om påtalemyndigheten, aktorene, dommerne og de sakkyndige klarer å oppfylle de normative kravene til nøytralitet, upartiskhet, objektivitet og rasjonalitet. Gitt at de ulike aktørene i rettspleien (fremdeles) er mennesker, er også disse utsatt for de samme feilkildene som andre mennesker. Flere kapitler i boken presenterer derfor hvordan psykologisk kunnskap kan gi økt forståelse for hvordan aktørene tenker, bedømmer og beslutter. Forfatterne påpeker utfordringer knyttet til bruk av intuisjon, juridisk skjønn og bruk av fortelling som metode i bevisvurderingen. Ved hjelp av psykologisk forskning viser de til risiko for at narrativ fortellerstil i rettsprosessen kan gi inntrykk av årsakssammenhenger der det i virkeligheten er snakk om tilfeldigheter. Dette vil være viktig bevisstgjøring for lesere både innenfor og utenfor rettssalen.

Gode nyheter

Et annet sentralt spørsmål i boken er om systemet er godt nok rigget for å forhindre justisfeil. Veien frem til rettsavgjørelse skal baseres på en rasjonell og metodisk prosess. Gjennomgangen av psykologisk forskning tyder på at dette ikke alltid er tilfellet. Brennen og Blandhol etterlyser mer bevissthet rundt feilkilder og tydeliggjøring av metoder og strategier som benyttes. De gode nyhetene er at forfatterne også byr på råd i form av mottiltak og forslag til forbedring av juridisk tenkemåte.

Brennen og Blandhol lykkes med sin pedagogiske tilnærming å gjøre denne boken relevant for mange aktører innen rettspleien. Boken har flere eksempler fra reelle saker som har medført alvorlige justisfeil. *Rettspsykologi* får oppsummeringsvis frem at kunnskap om rettspsykologisk forskning kan bevisstgjøre aktører som utreder, behandler, vurderer, etterforsker og dømmer mennesker, slik at de kan motarbeide de feilkilder og beslutningsfeller som påvirker dem. Ⓟ

— Brennen
og Blandhol
lykkes med sin
pedagogiske
tilnærming

TEKST Marit Råbu
 Psykologisk institutt,
 Universitetet i Oslo

Overgrepsutsattes ansvar for skammen



BOK *Trist tiger*
FORFATTER Neige Sinno
 (Oversatt av Egil Halmøy)
ÅR 2024
FORLAG Cappelen Damm
SIDER 236

KONTAKT mariraa@psykologi.uio.no

MERKNAD Ingen oppgitte
 interessekonflikter.

Når den overgrepsutsatte forteller, er det som om personen skaper det skamfulle og pinlige. Overgriperen går fri.

I det selvbiografiske essayet *Trist tiger* (2024) skriver Neige Sinno at «Det som er tabu i vår kultur, er ikke overgrepet i seg selv, som blir begått overalt, men det å snakke om det» (2024, s. 20). Det er den som forteller om overgrep, som gjør at noe blir pinlig. I en samtale mellom Sinno og Hadia Tajik på Litteraturhuset i Oslo i januar i år, påpekte Tajik hvordan vestlige individorienterte kulturer, akkurat når det gjelder overgrep mot barn, har elementer som minner om æreskultur. I en æreskultur er det ikke nødvendigvis det at en voldtekt har skjedd, som er ille. Skammen oppstår dersom andre får vite om det.

Samfunnet svikter

Den amerikanske psykoanalytiker Arnold Rachman ga i 2022 ut en bok med den lange og talende tittelen *Psychoanalysis and society's neglect of the sexual abuse of children, youth and adults. Re-adressing Freud's original theory of sexual abuse and trauma*. I boka tar Rachman for seg utbredelsen av seksuelle overgrep, og omgivelsenes unnnvikelse, i en lang rekke kontekster, fra psykoanalyse, via ulike trossamfunn, false memory-bevegelsen og fram til Hollywood og metoo.

Fra forførelseshypotese til ødipus

I psykoanalysens begynnelse, i Wien i perioden 1890–1902, ble Sigmund Freud slått av hvor utbredt far–datter-incest lot til å være, basert på hva han hørte fra pasientene sine. Freud og hans nære kollega Wilhelm Fliess var opptatt av seksualitetens betydning i menneskers liv og utvikling, og av å bryte tabuer.

Freud skrev i brev til Fliess at han mente at det var sammenheng mellom seksuelle overgrep og nevrotiske og hysteriske symptomer. Han tenkte at det å være utsatt for et *infantilt seksuelt sjokk* var en betydelig årsak til psykisk lidelse. Særlig gjaldt dette symptomer på hysteri, som innebar sterke, ukontrollerte følelser, pustevansker, kramper, besvimelsestendens og uforklarlige lammelser. Årsaken til lidelsen lå altså i handlinger som var gjort mot pasientene da de var barn, begått av familiemedlemmer, samt hemmeligholdet omkring handlingene. Teorien om sammenheng mellom det å være utsatt for seksuelle overgrep og psykisk lidelse ble kalt forførelseshypotesen.

Freud lanserte denne teorien på en konferanse i Wien i 1896: *The aetiology of hysteria*. Freuds foredrag ble dårlig mottatt av kollegene på konferansen. Ingen medisinske tidsskrifter ville publisere artikkelen hans. Etter en tid begynte han selv å tvile på forførelseshypotesen. En grunn til tvilen var at han fant det usannsynlig at så mange familiefedre var såkalt *perverse*. Videre kan det i det ubevisste være vanskelig å skille fakta fra fantasi. Freud forlot kanskje ikke forførelseshypotesen fullstendig, men da han lanserte teorien om ødipuskomplekset, kom den i forgrunnen. Ødipusteorien går ut på at barn har en ubevisst seksuell tiltrekning til forelderen av motsatt kjønn, og samtidig rivalisering med forelderen av samme kjønn. Når ødipusteorien erstattet forførelseshypotesen, ble pasienters fortellinger om overgrep i større grad tolket som uttrykk for fantasier og forbudte ønsker.

Tenåringspasienten Dora

I Freuds kasushistorie om tenåringspasienten med pseudonymet Dora (1905/1990) er det ødipusteorien som er fremtredende. Dora, som har hysteriske symptomer, forteller Freud at en venn av familien, Herr K, flere ganger har gjort seksuelle tilnærmelser til henne, første gang da hun var 14 år. I Freuds resonnementer finner han tegn til at Dora først og fremst er forelsket, både i Herr K og i sin far, men at hun benekter forelskelsen. Freud tenker at det er de konflikthfulle og forbudte følelsene hennes som skaper lidelsene. Freud kjenner Herr K personlig, og skriver i en fotnote at herr K fremdeles var ganske ung, og en pen mann. Det sykelige og hysteriske, slik Freud så det, var at Dora ikke erkjente sin egen seksuelle lyst.

Det er fristende å nevne her at lengsler og overgrep kan blandes sammen på kompliserte vis, ikke minst når det er snakk om overgrep mot tenåringer (Råbu, 2024). Dette kommer nyansert til uttrykk for eksempel i Ulrikka Gernes roman *En pige forlod værelset*: «Jeg ville det jo selv. Også bolle. Jeg vidste bare ikke at det ville være så indviklet» (2024, s. 187). Forbudte fantasier og lengsler fins, samtidig som overgrep i alle varianter og grader av alvorlighet «blir begått overalt» (Sinno, 2024, s. 20).

Hvem forførte hvem?

Den ungarske psykoanalytiker Sándor Ferenczi, som i utgangspunktet var elev og venn av Freud, fortsatte å være opptatt av overgrep som opphav til psykisk lidelse (Rachman, 1997, 2022). På den internasjonale psykoanalytiske konferansen i Wiesbaden i Tyskland i 1932 presenterte Ferenczi det som senere ble publisert i artikkelen *Confusion of tongues between adults and the child – The language of tenderness and of passion* (1933/1988). Kort fortalt går det ut på at den voksne mistolker barnets naturlige søken etter nærhet og varme, og projiserer sitt eget begjær inn i barnet: Barnet henvender seg til den voksne med «the language of tenderness», men får svar fra «the language of passion». Søken etter ømhet besvares med seksuelt begjær.

Dette er forvirrende og overveldende for barnet. Vanligvis vil omsorgspersoner hjelpe barn til å forstå og skape mening av overveldende hendelser. Når en omsorgsperson er overgriper, skjer det motsatte. Overgrep rammer selvfølelsen og realitetssansen, ved at den voksne aktivt bidrar til forvirring omkring hva som skjer. Barnet er uten støtte og hjelp til å forstå, eller hun eller han blir

— lengsler og
overgrep
kan blandes
sammen på
komplisert vis

aktivt manipulert til å tro at overgrepene handler om kjærlighet. Overgriperen oppfatter forbausende ofte at det er han selv som har blitt forført. Som Humbert i Vladimir Nabokovs *Lolita*: «Jeg akter nå å fortelle Dem noe ganske underlig: det var hun som forførte meg» (1955/1972, s. 111). Sinno har lest Nabokov på nytt, og skriver om *Lolita*:

Hun søker oppmerksomheten til denne mannen som har forført moren hennes, og når hun får den, blir hun henrykt. Hun besøker ham på kontoret hans, setter seg ved siden av ham i sofaen og legger nonchalant de nakne beina i fanget ... Hun vil ha noe av ham. Og han tror han vet hva det er, for det er det samme som han vil ha. (Også ting stefaren min sa, viste at han skapte seg en illusjon om at jeg samtykket: Du liker det, ikke sant? Å ja, du liker det, du liker det bare så godt ...) De fleste seksuelle overgripere sier til seg selv at det de føler, og det de gjør, bunner i kjærlighet (2024, s. 20–21).

Ferenczis *Confusion of tongues*-foredrag fikk negativ mottagelse i Wiesbaden. Freud, som ikke selv var til stede på konferansen på grunn av sykdom, var sterkt kritisk. Majoriteten av psykoanalytikere oppfattet Ferenczis tilbakevending til forførelseshypotesen som et angrep på ødipusteorien, og dermed på psykoanalysen slik Freud hadde videreutviklet den.

— Det vanligste er
at menneskene
i omgivelsene
aktivt unngår
å oppdage noe

Passive og kritiske tilskuere

Den amerikanske psykiateren og forskeren Judith L. Herman har skrevet flere bøker om seksuelle overgrep og behandling av traumer. Den nyeste boka hennes, fra 2023, heter *Truth and repair. How trauma survivors envision justice*. Et sentralt perspektiv her er betydningen av hvordan omgivelsene oppfatter og forholder seg til det som har skjedd. Det aller vanligste er at mennesker i omgivelsene aktivt unngår å oppdage noe, og later som ingenting. Herman legger vekt på hvordan slike passive tilskuere bidrar til vedvarende fremmedgjøring av ofre. Når noen forteller om overgrep, blir forbausende mange mest opptatt av å finne gode sider ved gjerningsmannen, eller å finne noe å klandre offeret for. I *Trist tiger* har Sinno beskrevet det slik: «Vi må se de gode sidene hans, sa moren min. Det sa også vitnene som kom for å snakke pent om ham under rettssaken. De kunne ikke hevde at det var umulig at en slik mann voldtok et barn, for det hadde han allerede tilstått. Hadde det ikke vært for det, ville de helt sikkert ha sagt det. Han hadde altså gjort det, men bortsett fra det var han en super fyr» (2024, s. 31).

Den totale avvisningen fra omgivelsene er gjennomgående i flere selvbiografiske og skjønnlitterære fortellinger om overgrep. I Camille Kouchners roman, *Den store familien*, svikter nettopp den store familien av venner og slektninger, når hovedpersonen forteller om overgrepene som broren ble utsatt for av stefaren. Moren klandrer Camille og broren for ikke å ha fortalt henne noe tidligere, og hun avviser både dem og barna deres. Samtidig forteller hun venninnene sine at det er hun som er forlatt av dem. «De sirlige damene sier: 'Vi har ingen rett til å dømme. Jævla unger! De lar det gå ut over moren sin. De tar fra henne barnebarna hennes. Så grusomme de er ...'» (Kouchner, 2021, s. 186–187). Den store familien blir opptatt av å fortelle Camille og broren om hvilke fantastiske mennesker foreldrene deres er. «Det var ingen som sa til foreldrene våre at de skulle huske å være glade i oss» (2021, s. 185). Kouchner skriver: «Dem jeg hadde hatt tillit til, som så å si hadde oppfostret meg, kom aldri for å høre hva som hadde skjedd. Jeg opplevde aldri at noen av dem stilte spørsmål om sin egen rolle, om de selv hadde gjort noe feil. Jeg opplevde aldri at noen kom for å lette på skyldfølelsen vår, for å trøste oss. Selv etter at moren vår døde, skulle tausheten deres være et fengsel for oss» (2021, s. 186).

Et annet eksempel er en novelle som Ulrikka Gernes publiserte i avisen *Information*, 32 år før hun ga ut romanen *En pige forlod værelset* (2024). I novellen forteller hun om grooming og overgrep. Selv om mange visste om forholdet hun hadde til forfatteren som misbrukte henne, var det ingen som

— *passive tilskuere bidrar til vedvarende fremmedgjøring av ofre*

snakket med henne om novellen. I et intervju i forbindelse med bokutgivelsen forteller Gernes at: «INGEN sagde noget ... Jeg kan stadig føle, at jeg ikke må fortælle, hvad der egentlig skete» (Bille, 2024). I Vigdis Hjorths roman *Arv og miljø* skriver hovedpersonen til søstrene sine: «At ingen av dere på noe tidspunkt har spurt meg om min historie, har jeg opplevd og opplever jeg som en stor sorg» (2016, s. 75).

I *Trist tiger* forteller Sinno om hvordan mennesker fra landsbyen hvor hun vokste opp, sluttet å hilse på henne når hun var hjemme på besøk hos moren. «Jeg har besudlet landsbyens rykte. Jeg har ikke bare brakt skam over oss, men over dem alle» (2024, s. 196). Samtidig fortsatte folk å hilse på stefaren hennes etter at han kom ut av fengsel. Når moren hennes spør en gammel dame i landsbyen om dette, får hun svaret: «Han har jo ikke gjort oss noe» (2024, s. 196).

Eksistensiell sårbarhet

Dette kan minne om et fenomen vi observerte i en studie av 2–4 år gamle barnehagebarn, og deres måter å være sammen med hverandre på (Høye & Råbu, 1996). I en relativt dramatisk episode, hvor et barn slo seg og begynte å blø, reagerte mange av de andre barna med å si til seg selv og hverandre: «Det var ikke jeg som slo meg og fikk sår!» Det var som om de måtte berolige seg selv. At noen blir skadet, kan vekke bevisstheten om egen sårbarhet, frykt for å bli rammet selv og lettelse over å ikke være den som er rammet. Selv om voksne ikke er like åpenlyst egosentriske som småbarn, vil vi gjerne være like hele. På et eksistensielt nivå frykter vi alle både å bli ødelagt og å bli utstøtt fra fellesskapet.

Forsvarsmekanismer

Psykologiske forsvarsmekanismer kan beskrives som ubevisste måter vi beskytter oss mot utålelig angst på. Angsten kan vekkes av egne uakseptable tanker og følelser og/eller av en overveldende realitet. Virkeligheten kan være mer komplisert og ubehagelig enn vi kan klare å ta inn. De ulike forsvarsmekanismene, som vi tidvis trenger for å overleve psykologisk, hjelper oss å holde ubehag på avstand. Modning handler om i størst mulig grad å kunne ta inn og tåle virkeligheten som den er. Noen forsvarsmekanismer regnes som modnere enn andre. Til de modnere regnes for eksempel humor, sublimering og rasjonalisering. Humor innebærer at man kan se saker fra flere perspektiver, og kan finne glede i det. I sublimering kan man omdanne uakseptable tendenser til symboliserte og kulturelt akseptable uttrykk, som for eksempel til et velfundert argument, eller et kunstverk. Rasjonalisering er godt illustrert av reven som ikke får tak i de lekke, røde rognebærene, og sier: «Høyt henger de, og sure er de.»

Eksempler på mer primitive forsvarsmekanismer er benektning, projeksjon og splitting. Benektning innebærer at man nekter for at noe skjer eller har skjedd, selv om det åpenbart ikke stemmer. Man ser rett og slett bort fra realiteten. I projeksjon tillegges man andre sine egne uakseptable tendenser. Dermed kan man ta avstand fra det uakseptable, og selv gå fri, som i eksempelet hvor overgriperen oppfatter seg selv som den som blir forført. Splitting handler om ikke å kunne ta inn kompleksitet, slik at virkeligheten blir svart-hvitt. For eksempel kan man oppfatte andre, eller seg selv, som enten bare god eller bare ond. Det blir utålelig at både en selv og alle mennesker er sammensatte, og har både gode og mer problematiske sider.

Primitive reaksjoner

Det er slående hvordan det i så stor grad er de primitive måtene å forholde seg til realiteten på som er fremtredende når det gjelder både overgrepere og omgivelsenes måter å forholde seg til seksuelle overgrep, og lidelsene som følger, på. Det som har skjedd, benektes, fordreies eller bagatelliseres. Sinno skriver: «Stefaren min har aldri brukt ordet 'overgrep'. Selv foran juryen som dømte ham for forbrytelsen, hevdet han at det dreide seg om noe annet» (2024, s. 20).

For den som er utsatt, er det risikabelt å snakke om seksuelle overgrep. Det handler om noe smertefullt, pinlig og komplisert, som kan vekke det mest primitive i omgivelsene. Sinno skriver:

Du må være forberedt på å miste mye når du bestemmer deg for å snakke. Du mister familien din, åpenbart, du mister også landsbyen, du mister barndommen, barndomsminnene, barndommens illusjoner. Og hva får du i bytte? Jeg vet ikke. Du får sannheten, men hva er det egentlig? Ikke vet jeg. (2024, s. 196).

Ofre er sammensatte, som andre folk

Hvordan kan fellesskapet forholde seg mindre primitivt? Hvordan bidra til at de som er utsatt og våger å fortelle, blir møtt med nødvendig omtanke, og ikke blir tiet i hjel, avvist og utstøtt? På et nivå handler det nok om å øve på å tåle mer av den utålelige angsten som kan vekkes i oss alle når vi hører om noe som nesten ikke er til å fatte. I et sivilisert samfunn må vi øve oss på å tåle realiteten, selv om den er smertefull, kompleks og konfliktfylt. Ofre for seksuelle overgrep er like forskjellige som andre folk, og er ikke bare «ødelagte». Sinno beskriver hvordan for eksempel kriminalfilmer ofte fremstiller overgrepsofre på følgende karikerte måte:

I hovedsak er det to kategorier: De som aldri kommer over det og blir nar-komane/prostituerte/suicidale ..., og de som aldri kommer over det og blir psykopater som enten voldtar og misbruker andre selv, eller tar en grusom hevn. Og hevnen er desto mer spektakulær og bestialsk fordi forbrytelsen barnet har blitt utsatt for er så ufattelig og avskyelig. Overgrepsofferet er et monstrum av smerte, ensomhet og hat. Det voksne mennesket som er resultat av en slik uhyrlig krenkelse, blir sjelden skildret som en sammensatt person som er integrert i det sosiale fellesskapet og som sleper rundt på sin unevnelige bær hvor hun enn går. Men en av ti, for å vende tilbake til statistikken, det blir veldig mange psykopater og narkomane/prostituerte. (2024, s. 219–220).

Fremstillingene i kriminalserier bygger på nettopp det at overgrep kan vekke sterk angst hos folk flest. Kanskje er slike fremstillinger en bearbeiding, og dermed godt for noe? De mange forskjellige skjønnlitterære fortellingene som har kommet de siste årene, bidrar i større grad med nyanser, og er nok et bedre skritt i retning av sannhet og reparasjon. Det er nærmere sannheten at overgrepsofre er vanlige sammensatte mennesker som sleper rundt på sin unevnelige bær. Et mål må være at slike erfaringer kan deles og forstås, uten at sivilisasjonen rakner. Ⓟ

REFERANSER

- Bille, J. (2024). Det begyndte, da hun var 14, og han var 46: «Jeg kan stadig føle, at jeg ikke må fortælle, hvad der egentlig skete». *Femina*. <https://www.femina.dk/agenda/samfund/det-begyndte-da-hun-var-14-og-han-var-46-jeg-kan-stadig-foele-jeg-ikke-maa-fortaelle>
- Ferenczi, S. (1933/1988). Confusion of Tongues Between Adults and the Child – The Language of Tenderness and of Passion. *Contemporary Psychoanalysis*, 24, 196–206.
- Freud, S. (1905/1990). *Case histories I. "Dora" and "Little Hans"*. Penguin.
- Gernes, U. (2024). *En pige forlod værelset*. Gads Forlag.
- Herman, J. L. (2022). *Truth and Repair. How trauma survivors envision justice*. Basic books.
- Hjorth, V. (2016). *Arv og miljø*. Cappelen Damm.
- Høye, H. & Råbu, M. (1996). «Skal vi grise?» *En seminaturalistisk studie av 2–4 år gamle barnehagebarns konstruktive samhandling*. Hovedoppgave, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Kouchner, C. (2021). *Den store familien* (T. Lundmo, Overs.). Gyldendal.
- Nabokov, V. (1955/1972). *Lolita* (V. N. O. Bang-Hansen, Overs.). Den norske Bokklubben.
- Rachman, A. W. (1997). *Sándor Ferenczi: The psychotherapist of tenderness and passion*. Jason Aronson.
- Rachman, A. W. (2022). *Psychoanalysis and society's neglect of the sexual abuse of children, youth and adults. Re-addressing Freud's original theory of sexual abuse and trauma*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429298431>
- Råbu, M. (2024, 19. juli). Bøker om overgrep og grooming: Når «Lolita» endelig kommer til orde selv. *Morgenbladet*, 22–24.
- Sinno, N. (2024). *Trist tiger* (E. Halmøy, Overs.). Cappelen Damm.

Ny barnelov – til barnets beste?

Før påske la regjeringen frem forslag til ny barnelov. Selv om det er mye bra i den nye loven, er det også flere forhold som vekker bekymring. Det er viktig at forslagene i en barnelov ivaretar barnets beste og barnets rettigheter, med foreldrenes rettigheter i annen rekke.



Foto: Fartein Rudjord/
Psykologforeningen

**Arnhild
Lauveng**

Visepresident med
ansvar for fag- og
profesjonspolitikk

Psykologforeningen leverte inn høringssvar da utkastet til barnelov var på høring i juni 2024. Vi sender inn svært mange høringssvar hvert år, og må derfor kontinuerlig vurdere hvilke saker vi skal løfte fram, og hvilke som ligger utenfor rammen av vårt mandat og derfor må prioriteres ned. Når det gjelder saker vi opplever som særlig viktige, som for eksempel dette lovforslaget, er det viktig for oss å gjøre et grundig arbeid.

Det betyr for det første at vi utarbeider høringssvaret vårt i samarbeid med aktuelle utvalg, sektorutvalg og ofte også ett eller flere sentrale fagmiljø.

Det betyr også at det er viktig for oss å følge opp de viktigste sakene videre, og i dette tilfellet betyr det at det var naturlig å sende inn nytt hørings-svar til barneloven, og også delta i den muntlige høringen på Stortinget. Også denne gangen har vi samarbeidet med utvalg og med medlemmer fra sentrale fagmiljø.

En av de viktigste endringene i denne loven er et mål om et mer likestilt foreldreskap etter brudd. For å oppnå dette, foreslår departementet blant annet en hovedregel om delt daglig beslutningsmyndighet etter samlivsbrudd. Det er et godt og viktig ideal. I familier hvor det er lavt konfliktnivå, godt nok samarbeid mellom foreldrene, også etter bruddet, og det ikke forekommer vold, vil dette som regel være den beste løsningen for barna. Et brudd mellom foreldrene er som regel en stor belastning også for barna, og tett samarbeid mellom foreldrene om omsorgen vil være viktig for de fleste barn i familier med lavt konfliktnivå. De fleste av disse familiene finner imidlertid ut av dette på egen hånd, eventuelt med noe veiledning fra familievernkantorene, nettopp fordi konfliktnivået er lavt og samarbeidet godt nok. For disse familiene vil dermed endringen ha liten betydning.

Samtidig oppgir departementet selv at omtrent en tredjedel av meklingssakene hvert år kan betegnes som risikosaker, eller høykonfliktsaker. Det er disse sakene som ofte ender opp i retten, nettopp fordi foreldrene ikke blir enige, og det er dermed i disse sakene lovendringene vil ha størst betydning.

I disse familiene, hvor det er mye konflikt, og noen ganger også vold, enten mot en av foreldrene

eller barna, eller begge deler, kan hovedregelen om delt daglig beslutningsmyndighet være svært problematisk. Derfor har dette forslaget møtt mye motstand, fra flere hold. Omtrent halvparten av høringsinstansene støtter ikke innføringen av delt daglig myndighet som hovedregel. Det fremheves særlig at ordningen kan skape "voldsfremmende rom" og virke konfliktdrivende. Våre medlemmer i familievernet har den samme bekymringen. De er blant annet bekymret for at en slik hovedregel kan gi foreldre som utøver vold større handlingsrom for å utøve kontroll, vold eller psykisk press etter bruddet.

En standardisert hovedregel for delt myndighet, som ikke skiller mellom lav- og høykonfliktsaker, og som i praksis vil bli mest brukt nettopp i høykonfliktsakene, kan derfor føre til at foreldre som utøver vold får større mulighet til å fortsette med dette også etter et samlivsbrudd.

Departementet har forsøkt å forebygge slike uheldige virkninger av loven, gjennom tiltak som spesialregler, meldeplikt og domstolsprøving. Vi er imidlertid bekymret for at disse tiltakene ikke vil fange opp alle sakene hvor barn og/eller en av foreldrene utsettes for vold av den andre av foreldrene, slik at volden kan fortsette.

Ordene vi bruker for å beskrive virkeligheten er viktige, og kan påvirke hvordan vi oppfatter situasjonene. Et av de kontroversielle og vanskelige begrepene i denne debatten er begrepene «samværshindring» og samværsabotasje. Disse begrepene indikerer en bevisst handling om å «sabotere» eller hindre samvær, kanskje med intensjon om å skade den andre parten. Dette er viktig å påpeke i de tilfellene vi vet at det faktisk er det som skjer. Men som regel er situasjonene mye mer sammensatte og avklarte, og det er ofte ikke mulig å vite hva som var intensjonen med handlingene. Våre medlemmer i familievernet forteller at de sjelden opplever at en forelder hindrer samvær hos samværforelder for å skade vedkommende. Ofte handler det om at de ønsker å beskytte barnet mot en situasjon som oppleves truende eller utrygg. Når barn ikke ønsker samvær kan det i mange tilfeller handle om reaksjoner på reelle situasjoner som opplevd vold, trusler, konflikter mellom foreldre, rus eller psykiske helseutfordringer.

Siden det ofte kan være vanskelig å avklare hva som er den reelle situasjonen, i alle fall på kort sikt, mener vi at man som hovedregel bør bruke nøytrale begrep som for eksempel «stans i samvær» eller «reduksjon av samvær». Disse begrepene beskriver hva som faktisk skjer uten å indikere en årsak som ikke er avklart, og som kanskje er feilaktig.

Departementet foreslår at retten skal realitetsbehandle begjæringer om samværsreduksjon og treffe midlertidig avgjørelse innen 6 uker. Saker om samværsreduksjon er ofte komplekse og tidkrevende, og det kan være vanskelig for tingretter å finne kvalifiserte sakkyndige med kapasitet. En behandlingsfrist på 6 uker virker derfor urealistisk for å sikre en forsvarlig behandling. Medlemmene våre rapporterer at vold ofte ikke blir tilstrekkelig belyst i domstolsbehand-

lingen, selv i saker der det foreligger tidligere voldsdommer. Det er derfor viktig at rettssikkerheten, både for barn og foreldre, i foreldretvistsaker blir styrket. Psykologforeningen anbefaler derfor blant annet at det oppnevnes to sakkyndige i slike saker, som arbeider uavhengig av hverandre. Dette vil kunne sikre et bedret beslutningsgrunnlag, og redusere faren for feilvurderinger og konflikt drivende utfall.

Barneloven er viktig, men den er bare en av flere viktige saker vi har levert høringsutkast til den siste tiden. Vi har blant annet gitt innspill til utkast til ny barnevernslov, og til regjeringens reviderte rusreform. I alle disse høringene har vi samarbeidet tett med medlemmer i utvalg og fagmiljø, og vi takker for deres viktige bidrag! Alle innspill og høringsuttalelser kan leses på våre nettsider. ■

Ansvarsforsikring

For situasjonene du helst ikke vil stå alene i.

Fra tid til annen hender det at helsepersonell blir saksøkt av sine nåværende eller tidligere pasienter, og de siste par årene har vi merket en liten økning i antall tilfeller av psykologer som tar kontakt med oss fordi de har mottatt en stevning eller et krav fra en pasient. Denne økningen trenger ikke å skyldes at psykologer er blitt dårligere i faget sitt, men kun at det oftere enn før forekommer situasjoner hvor pasientene ikke er enige i at de har mottatt riktig eller forsvarlig helsehjelp. Av pasientskadeloven ser man også at det kan fremmes erstatningskrav selv om ingen kan lastes.

Som hovedregel skal saker som dreier seg om erstatning for feilbehandling rettes mot Norsk Pasientskadeerstatning. Dette følger av utgangspunktet i pasientskadeloven § 6. Etter §§ 7 og 8 følger det et ansvar for både offentlige og private virksomheter som yter helsetjenester å betale tilskudd til ordningen. Systemet fungerer slik at alle virksomheter som yter helsetjenester betaler inn til Norsk Pasientskadeerstatning, som igjen behandler klagesaker, samt betaler ut dersom pasienten får medhold.

Pasienter kan også rette erstatningskrav direkte mot helsepersonell. Det er denne adgangen som gjør det viktig for deg som medlem å ha ansvarsforsikring. I utgangspunktet er ansvarsforsikring gjennom Norsk psykologforening en «opt-out»-ordning. Dette betyr at du som medlem må ta aktivt stilling til det dersom du ikke ønsker å ha denne forsikringen, som for tiden er administrert av Storebrand.

Dersom pasienten går direkte til deg som helsepersonell med et krav om erstatning kan det være frister du må forholde deg til. Som regel vil en klage

til Forliksrådet, eller et søksmål eller varsel om søksmål, ha noen frister omtalt i brevet du mottar. Dersom du kun mottar et krav uten at det er reist sak ved en domstol eller forliksråd vil det ikke nødvendigvis være noen konkret frist – men du bør likevel kontakte Jus- og arbeidslivsavdelingen for veiledning så fort du mottar et slikt brev.

I de fleste tilfellene vil vi råde deg som medlem å kontakte Storebrand så tidlig som mulig. Først og fremst for å orientere dem om at et krav som er dekket av ansvarsforsikringen er fremmet. Det vil kunne gjøre videre saksgang enklere når de allerede er orientert om saken. Storebrand vil trenge informasjon om at du er dekket av forsikringen, og denne informasjonen får de som hovedregel av Norsk psykologforening. Om du tar kontakt med sekretariatet i foreningen før du tar kontakt med Storebrand vil vi kunne sørge for avklaring om forsikringsdekning.

Dersom du er dekket av ansvarsforsikringen vil du kunne få bistand til alt fra å utforme enkle tilsvare, til å bli representert av advokat i en eventuell rettsak. Hva slags bistand som er nødvendig vil avhenge av størrelsen på kravet, sakens kompleksitet og alvorlighetsgrad, og forholdene for øvrig.

Det er viktig å huske på at ansvarsforsikringen som hovedregel gjelder for helsehjelp som ytes i Norge. Det vil si at både du og pasienten må oppholde dere i Norge når helsehjelpen ytes. Det finnes likevel noen unntaksregler for helsehjelp som ytes fra utlandet til pasienter i Norge. Ta gjerne kontakt med Jus- og arbeidslivsavdelingen dersom du tror dette kan være aktuelt for ditt tilfelle. For all helsehjelp som ytes til pasienter utenfor Norges grenser vil andre regler være gjeldende, og det er ditt ansvar å sette deg inn i lokalt lovverk for helsepersonell. ■

Foto: Felicia Rolf/Psykologforeningen



Van Pham

Rådgiver i Jus- og arbeidslivsavdelingen

Helse Sør-Øst RHF



Ledige avtalehemler 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



UNIVERSITETET
I OSLO



NSSF
Nasjonelt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

13. nasjonale konferanse om selvmordsforskning og -forebygging

nasjonal-selvmordsforebyggingskonferanse.no



4.–5. september 2025

Quality Hotel Expo, Fornebu

Hold av
dagene

Fredag 5. (fra kl 14)
og lørdag 6. sept. blir
det konferanse om

«Digital psykoterapi og kreative media», i Oslo og digitalt.

Mer info: www.integrativ-terapi.no/

MCT
INSTITUTE

Masterclass i Metakognitiv terapi, 2025–2027, Oslo

MCT Masterclass er et 2årig utdanningsprogram som tilbys av *Metacognitive Therapy Institute* (MCT-I; www.mct-institute.com). Professor Odin Hjemdal og førsteamanuensis Henrik Nordahl er ansvarlige for den norske versjonen av utdanningen. Målet med utdanningsprogrammet er å gi helsepersonell muligheten til å oppnå høy kompetanse i MCT. Utdanningen vil kunne føre frem til tittel som «MCT-Institute registered therapist» som er en beskyttet og registrert tittel for de som fullfører utdanningen med godkjent diplom. Samlingene vil bli holdt i Oslo, og gjennomføres i perioden oktober 2025 – juni 2027. MCT 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/>.

Ønsker du å annonsere?

Neste utgivelse er 1. juli, frist for å bestille annonse er 16. juni. Kontakt HSmedia for mer informasjon:

E-post psykologi@hsmedia.no

Frida Robertsen Mostad tlf. 416 91 872
Ragnild Vangerud tlf. 990 14 423

Ψ Psykologtidsskriftet



Valgfritt program

Forståelse, utredning og tiltak ved kognitive vansker hos barn og unge

Sted og dato: Oslo, 18. sep. 2025 – 18. sep. 2026

Påmeldingsfrist: 14. august 2025
Pris per kurs: Medlem kr 8 300 / ikke-medlem kr 16 600

Les mer om programmet
og meld deg på her:



Målgruppe: Psykologer som arbeider med barn og unge og som har gjennomført fellesprogrammet og obligatorisk program i barne- og ungdomspsykologi, familiepsykologi, habiliteringspsykologi, rus- og avhengighetspsykologi, klinisk helsepsykologi eller samfunns- og allmennpsykologi.

Psykologspesialister kan søke opptak på kursene som vedlikeholdsaktivitet.

Tema: Programmet skal gi psykologen en forståelse av transaksjons- og kontekstuelle perspektiver på kognitive vansker hos barn og unge. Og hvordan kognitive vansker kan inngå i helhetlige vurderinger av utviklingsutfordringer hos barn og unge.

Mål: Forventet læringsutbytte er kunnskaper og ferdigheter til å kartlegge og identifisere kognitive utviklingsavvik hos barn og unge. Psykologen skal tilegne seg kompetanse om oppdagelse, avgrensede utredninger, aktuelle tilretteleggings- og behandlings-tiltak, og anbefale tiltak for å sikre god utvikling.

Kursledere: Kristin Moldjord og Helene Eidsmo Barder.



Vedlikeholdskurs

Vold og foreldreskap

Sted og dato: Oslo, 16. - 17. oktober 2025

Påmeldingsfrist: 11. september 2025
Pris per kurs: Medlem kr 8 300 / ikke-medlem kr 9 300

Les mer om programmet
og meld deg på her:



Målgruppe: Psykologer (familievern, BUP, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusomsorg).

Målsetting: Kurset gir deg økt kunnskap om hvordan vold i nære relasjoner påvirker samspillet mellom familiemedlemmer.

Godkjent som 16-timers vedlikeholdskurs.

Innhold: Kurset retter et spesielt fokus på hvordan barns utvikling preges av å leve med vold i nære relasjoner, ved at foreldrefungering hos både utøvere av vold og utsatte for vold blir preget. Det tematiseres om hvordan samspillet mellom voksne og barn preges i ulike faser. Mekanismer for hvordan vold preger foreldrefungering beskrives både på individnivå, i parforhold, i foreldre-barn relasjon, og på samfunnsnivå.

Kursleder: Psykologspesialist Henning Mohaupt.

Valgfritt program

Habiliteringspsykologi

Sted og dato:

Oslo, 10.–11. november 2025

Påmeldingsfrist:

6. oktober 2025

Pris per kurs:

Medlem kr 8 300 / ikke-medlem kr 16 600

Det valgfrie programmet i Habiliteringspsykologi er rettet mot arbeid med utredning og tiltaksarbeid overfor mennesker med utviklingshemming/autisme og ulike tilleggsvansker, samt andre som har habiliteringsbehov.

Målgruppe

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

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

Psykologspesialister kan søke opptak til hele programmet som vedlikeholdsaktivitet. Det stilles da ikke krav om praksis og veiledning.

Målsetting

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

Kursledere

Tonje Elgsås m.fl.



Les mer om kurset og meld deg på her:

Vedlikeholdskurs

Introduksjon til idrett- og presentasjonspsykologi

Sted og dato:

Oslo, 13. – 14. november 2025

Påmeldingsfrist:

9. oktober 2025

Pris per kurs:

Medlem kr 8 300 / ikke-medlem kr 9 300

Målgruppe

Dette kurset henvender seg til psykologer og psykologspesialister som har interesse for idretts- og prestasjonspsykologi, og som vil lære mer om hvordan man kan bruke prinsipper fra dette fagfeltet når man jobber med endringsarbeid og prestasjonsutvikling, enten dette retter seg mot individer eller team.

Innhold

- Hva er en prestasjonskontekst?
- Stress og stresshåndtering i et prestasjonsperspektiv
- Selvtillit og indre dialog
- Fokus- og oppmerksomhetstrening
- Motivasjonsfremming
- Relasjonelle forhold og teamutvikling
- Olympiatoppens modell for mentale ferdigheter

Målsetting

Målet med kurset er å gi deltakerne en innføring i sentrale tema innen idretts- og prestasjonspsykologi, med særlig vekt på de psykologiske

faktorer som påvirker prestasjon og prestasjonsutvikling. Kurset vil også utvikle deltakernes kompetanse i å bruke ulike idrettspsykologiske verktøy for å fremme endring og utvikling – både individuelt og i grupper.

Kursledere

Anne Marte Pensgaard: Professor i idrettspsykologi og en av våre fremste fagpersoner innen dette fagfeltet. Hun er ansatt ved Norges idrettshøgskole (NIH) og har også en deltidsstilling ved Avdeling for idrettspsykologi på Olympiatoppen.

Tom Henning Øvrebø: Psykolog og spesialist i arbeids- og organisasjonspsykologi. Han er en del av Norsk senter for idrett og psykisk helse (nsiph.no) og han underviser i idrettspsykologi ved NIH.

Kurset godkjennes som 16 timer vedlikeholdsaktivitet.



Les mer om kurset og meld deg på her:

SENTRALSTYRET NORSK PSYKOLOGFORENING**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 Aanondsen
957 92 616
chris.m.aanondsen@gmail.com

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

Iver Nathaniel Sletten
studentrepresentant
479 62 110
iverns@uio.no

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

Mina Karine Ekeberg Husflid (1. vara student)
458 11 820
marinakarine@yahoo.no

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

LOKALAVDELINGER**Akershus**

Andrea Wister
andrea_wister@alumni.brown.edu
994 35 493

Aust-Agder

Silje Andreassen
silje.andreassen@sshf.no
908 38 407

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

Trude Hoff
trudhof@online.no
415 21 900

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

Idunn Aker
idunnaker@outlook.com
478 83 867

Telemark

Birgitte Lindøe
libi@siv.no
473 83 123

Troms

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

Vest-Agder

Anne Martine Rafoss Dunsæd
Martine.rafoss@gmail.com
416 23 898

Vestfold

Simen Mjøen Larsen
Simen_ml@hotmail.com
906 53 556

Østfold

Fredrik Henanger Blom
fhblom@hotmail.com
975 61 945

Fagetisk råd

Mette Ekenes Garmannslund, leder
Rådgivningstelefon 480 58 723,
onsdager kl 15.30–17.30

Ankeutvalg for fagets klagesaker

Mariann Stadler, leder
mariannstadler@gmail.com
918 03 110

Lønns- og arbeidslivsutvalget

Hanne Indregard Lind, leder/KTV
Helse sør-øst
h.indregard@hotmail.com
948 05 153

Forhandlingsutvalg for privat praksis

Hanne Indregard Lind, leder
h.indregard@hotmail.com
948 05 153

Spesialitetsrådet

Arnhild Lauveng, leder
arnhild@psykologforeningen.no
913 17 162

Fag- og profesjonsrådet

Arnhild Lauveng, leder
arnhild@psykologforeningen.no
913 17 162

FAGUTVALGENE

Felleselementene

Johan Siqueland, leder
johan.siqueland@gmail.com
922 90 143

Barne- og ungdomspsykologi

Kjersti Hamre Lotsberg, leder
k_hamre@hotmail.com
416 57 694

Familepsykologi

Trine Eikrem, leder
trine.eikrem@bufetat.no
466 16 566

Rus- og avhengighetspsykologi

Eva Karin Løvaas, leder
evakarinloevaas@gmail.com
916 64 076

Eldrepsykologi

Cecilie Gaustad, leder
ceciliegaustad@gmail.com
975 48 563

Psykoterapi

Ingunn Aanderaa Opsahl, leder
ingunnaanderaa@hotmail.com
971 50 507

Voksenpsykologi

Ivar Elvik, leder
ivarelvik@gmail.com
454 74 400

Nevropsykologi

Rune Raudeberg, leder
rune.raudeberg@gmail.com
952 47 487

Habiliteringspsykologi

Tonje Elgsås, leder
tonjeped@gmail.com
922 33 224

Arbeidspsykologi

Anette Høy Dye, leder
anette.hoy.dye@moment.consulting
928 24 338

Samfunn- og allmennpsykologi

Kjersti Hildonen, leder
khi@lorenskog.kommune.no
907 85 288

Organisasjonspsykologi

Rudi Myrvang, leder
rudi.myrvang@gmail.com
906 03 355

Klinisk helsepsykologi

Borrik Schjødt, leder
borriks@gmail.com
990 27 309

GODKJENNINGSUTVALGET

Ole André Solbakken, leder
o.a.solbakken@psykologi.uio.no
913 75 496

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

Kim Larsen, leder
kim.larsen@so-hf.no
69 32 62 24

FAGUTVALG FOR RETTS- PSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

Iver Nathaniel Sletten, leder
iverns@uio.no
479 62 110

KLIMAUTVALGET

Tuva Bræin, leder
tuvabraein@gmail.com
458 52 172

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

Klara Øverland, leder
klara.overland@uis.no
406 08 818

MENNESKERETTIGHETS- UTVALGET

Reidar Hjermann, leder
rh@hjermann.no
994 47 291

TESTPOLITISK UTVALG

Rudi Myrvang, leder
rudi.myrvang@gmail.com
906 03 355

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Helén Ingrid Andreassen, leder
ypu@psykologforeningen.no

SEKTORUTVALG

Spesialisthelsetjenesten

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

Stat

Grethe Strand Rolfsen, Bufetat r. øst, leder
grethe.strand.rolfsen@bufetat.no
959 99 232

Kommunal sektor

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

Avtalespesialister

Henrik Riekes Vik, Helse Sør Øst, leder
henrik@riekelesvik.no
408 45 848

SEKRETARIATET

Stab

Tlf. 23 10 31 30

Ole Tunold, generalsekretær
ole@psykologforeningen.no

Kristina Høyer, kommunikasjonssjef
kristina@psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås, administrasjonssjef
linda@psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Bjørnhild Stokvik, utdanningssjef
bjornhild@psykologforeningen.no

Jus og arbeidslivsavdeling

Christian Zimmermann, forhandlingssjef
ja@psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Lars Jørgen Berglund, konstituert fagsjef
lars@psykologforeningen.no

VALGKOMITEEN

Valgkomiteen i norsk psykologforening

Arne Holen, leder
arnenpf@nevropsykologholen.no
922 30 383

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

Innhold

Tidsskrift for Norsk psykologforening nr. 6 2025

Budsjettkrise venter

Matt Oxman

Psykoanalytiske perspektiver på drivet til lek

Rune Johansen og Fredrik Cappelen

Emosjonsfokusert gruppeterapi ved langvarig utmattelse

Ruth-Anne Tomtum Kleve

Musikkterapi i tverrfagleg behandling i psykisk helsevern for barn og unge

Gunn Karoline Fugle, Unni Tanum Johns,
Anne-Grethe Halding og Brynjulf Stige

Emosjonelt utviklingsnivå hos personer med utviklingshemming

Ragnhild Trøien Leirvoll, Ingrid Olsen Høye
og Trine Lise Bakken

Hestefasilitert psykoterapi i spesialist-helsetjenesten

Walderhaug, Thorpe, Amundsen Nissen-Lie,
Hove, og Ajo Arnevik

MATCH: transdiagnostisk behandling for barn og unge i psykisk helsevern

Silje Hukkelberg og Kristin Berg Nordahl

Det som skjer i lukkede rom

Siri Næs

Skeive hverdagsliv i storsamfunnet

Reidar Schei Jensen

Fornuft og følelser i retten

Ellen Margrethe Wessel

Overgrepsutsattes ansvar for skammen

Marit Råbu