

# **NAVF'S**

**UTREDNINGSINSTITUTT**

NORGES  
ALMENVITENSKAPELIGE  
FORSKNINGSRÅD

**1979:6**

Utredninger om forskning  
og høyere utdanning

## **Psykologprofesjonen**

### **Framvekst, praksis, evaluering**

Rapport fra en konferanse  
mars 1979

INSTITUTE FOR STUDIES IN RESEARCH  
AND HIGHER EDUCATION

The Norwegian Research Council  
for Science and the Humanities

**1979:6**

Utredninger om forskning  
og høyere utdanning

**Psykologprofesjonen**  
**Framvekst, praksis, evaluering**

Rapport fra en konferanse  
mars 1979

## F O R O R D

NAVF's utredningsinstitutt arrangerte 29.-31. mars 1979 et seminar på Sundvolden om psykologprofesjonen. Denne rapport inneholder de foredrag som ble holdt på konferansen og en noe forkortet gjengivelse av debatten.

Vi håper rapporten vil stimulere til videre debatt og til studier av profesjonalisering. Dette tror vi er viktig i en tid med vekst i tallet på profesjoner og i medlemstallet innen profesjonene.

Hvorfor se spesielt på psykologene? Instituttet holdt en konferanse våren 1977 som drøftet en rekke profesjoner innen helse- og sosialsektoren. Det kom der fram et ønske om å se nærmere på psykologprofesjonen. Og det må innrømmes at psykologene står laglig til hogs:

Psykologene har gjennomgått en profesjonalisering i vår tid - prosessen er forholdsvis godt dokumentert - mange av pionerene er fortsatt aktive og kan berette om hendelsesforløpet. Men viktigere enn dette: Psykologene stiller med noen av de viktigste og vanskeligste problemer i vår tilværelse. Som borgere av en velferdsstat er vi interessert i hva psykologen kan bidra med for å hindre og forebygge menneskelig nød og psykiske lidelser.

På konferansen ønsket vi bl.a. å få belyst følgende emner: 1) Profesjonens fremvekst og forhistorie. 2) Forhold mellom praktisk virksomhet og kunnskapslære. 3) Loyalitets- og rollekonflikter innen faget. 4) Samfunnsmessige og samfunnsøkonomiske legitimeringsproblemer.

Denne gang har vi lagt stor vekt på å la profesjonens egne folk legge fram problemene - sett "innenfra". Men også på denne konferansen deltok det en rekke personer fra andre fag, og ulike syn på profesjonalisering var representert.

Vi vil takke innledere og øvrige deltakere for deres bidrag til en interessant og stimulerende debatt.

Konferanserapporten er redigert av Ellen Brandt, NAVF's utredningsinstitutt.

Oslo, november 1979

Sigmund Vangsnes

## I N N H O L D

	Side
Psykologloven av 1973 Arnljot Gjesvik.....	7
Psykologloven - hva impliserer den for psykologens plikter? Anni von der Lippe.....	19
Debatt etter innleggene fra Gjesvik og von der Lippe.....	28
Om psykologprofesjonens ikke-akademiske røtter Bjørn Christiansen.....	44
Folkelig behandlerpraksis i vor tid Bente Gullveig Alver.....	77
Debatt etter innleggene fra Christiansen og Alver.....	89
Kunnskapsmessig grunnlag for psykologisk virksomhet. Forholdet mellom profesjon og utdanningsinstitusjon. Ivar Lie.....	98
Debatt etter innlegget fra Lie.....	107
Psykologer i arbeidslivet Nils Petter Marstrander.....	114
Psykologer i skolen Jossi Mordal.....	124

Debatt etter innleggene fra Mordal og Marstrander.....	132
Psykologer i helsevesenet - innenfor eller utenfor de psykiatriske sykehus? Einar Dannevig.....	136
Debatt etter innlegget fra Dannevig.....	151
Identitets- og lojalitetskonflikter i psykologisk praksis Peter Andreas Holter.....	162
Debatt etter innlegget fra Holter.....	177
Økonomi og psykologi Aina Uhde.....	181
Psykoterapi: Er det innsatsen verd? Effektivitet, nytte og kostnad belyst ved et utvalg empiriske studier Geir Nielsen.....	187
Debatt etter innleggene fra Uhde og Nielsen.....	207
Deltakerliste.....	213

## PSYKOLOGLOVEN AV 1973

Arnljot Gjesvik, Linderud psykiatriske poliklinikk, Oslo.

### Hvordan ble Psykologloven til?

Fremstøt for en psykolog-lov her i landet begynte tidlig på 50-tallet. I 1957 henvendte Nordiske Psykologers Samarbeidskomite seg til Nordisk Råd og ba Rådet ta opp spørsmålet om felles nordiske regler for psykologutøving. I 1958 vedtok Nordisk Råd følgende rekommandasjon: "Nordisk Råd henstiller til regjeringene og iverksette en utredning med sikte på å koordinere reglene i de enkelte land, når det gjelder:

1. Legitimasjon for psykologer
2. Beskyttelse mot misbruk av psykologisk testingsmateriale
3. Psykologers taushetsplikt, samt
4. Felles nordisk arbeidsmarked for psykologer".

Det norske utvalget ble opprettet ved kongelig resolusjon i 1959 og besto av en overlege (formann), en byråsjef i justisdepartementet, en første-sekretær i Helsedirektoratet, psykolog, og ytterligere en psykolog, tidligere generalsekretær i Norsk Psykologforening. Rådet hadde som sin sekretær en førstesekretær fra Helsedirektoratet.

Utvalget avga sin innstilling desember 1964. I 1968 var det klart at det ikke ville bli fremmet felles nordiske regler for psykologisk yrkesutøving, på grunn av varierende framdrift av saken i Danmark, Finland og Sverige. Sosialdepartementet valgte derfor å fremme saken gjennom en proposisjon for Stortinget i april 1972. Sosialkomitéens innstilling forelå i desember samme år.

Lov om godkjenning m.v. av psykologer, ble enstemmig vedtatt i Odels-tinget den 30. januar i 1973. Den fremlagte innstilling fra sosialkomitéen er også enstemmig på alle punkter. Saken ble fremlagt av komitéens formann og sosialministeren knyttet noen ord til innstillingen. Ingen representanter ba om ordet.

Sakens ordfører fremhevet "fordi psykologene får en større og større betydning innen helsevesen, skolevesen og i arbeidslivet, er det en samfunnsoppgave å få klarere regler på dette felt".

I sine kommentarer til lovforslaget sa sosialminister Fjose bl.a.: "Psykologane sine arbeidstilhøve er knyttet til mennesker si opplæring og åtferd, og dei som søker psykologisk hjelp er ofte i vanskelege konfliktsituasjoner eller dei står framfor eit avgjerande val med store konsekvensar før framtida. Psykologane arbeider ofte med ømtålelege problem og dei kan i nokon grad påverka menneska si mentale utvikling. Difor er det viktig før samfunnet å sørgja for at dei som arbeider som psykologar, har ei grundig utdanning og at dei på andre måter er skikka før dette yrket". Sosialministeren formulerer her det aspekt ved lovens intensjoner som sikter mot å gi samfunn og borgere garantier om forsvart psykologtjeneste og vern mot psykologisk inkompetanse og uskikket-het.

Videre sa hun: "Før psykologane er lovframleget av stort värde. Det gjev rett og plikt, mellom anna lovheimla taushetsplikt. Det har psykologane til nå ikke hatt. Lovframlege innebær at psykologane får høve til å ta sjuke i kur. Lova vil gje psykologane ei sikrare og klårare stode, slik at dei på ein betre måte kan nytta kunnskapane sine til beste for samfunnet". Dette formulerer det andre sentrale aspekt ved loven, en lovhjemling av psykologers rettigheter og plikter, en samfunnets aksept på psykologprofesjonens etablering innen det bestående.

Når en tar i betraktning den enstemmighet som preget sosialkomitéens innstilling og likeledes fraværet av kommentarer, enn si opposisjon i Odelstinget, er det nærliggende å trekke den slutning at innstillingen og lovforslaget representerte en adekvat fortetning av allment aksepterte behov, ønsker og holdninger. En mindre vennlig tolkning ville være at sakskomplekset ikke ble ansett for å være av en slik politisk og samfunnsmessig betydning at det var grunn til å engasjere seg.

Jeg tror denne siste tolkningen ikke kan opprettholdes. Slik jeg kjenner saksgangen er det riktigere å legge vekt på den lange tid som har gått med til å forberede forslaget. At saken hadde vært gjennom mange høringsinstanser og at en derved var kommet fram til et forslag som ikke virket for provoserende eller truende, verken for samfunn eller andre yrkesgrupper. Psykologene syntes også stort sett å kunne si seg fornøyd med den foreslåtte løsning.

Den lov som ble vedtatt av Kongen i statsråd den 9. mars 1973, forkortet kalt Psykologloven, representerte et politisk kompromiss. I dette ligger det ingen nedvurdering eller beklagelse, bare en konstatering. De spørsmål som opptar oss idag, slik jeg oppfatter hensikten med et seminar om psykologprofesjonen, er hvor hensiktsmessig Psykologloven er

som instrument - vurdert i forhold til samfunnets behov, og i forhold til psykologien og psykologenes behov. For å besvare dette spørsmålet skal jeg trekke fram noen av de sentrale punkter i diskusjonen om lovens tilblivelse. Videre skal jeg gi en oversikt over og vurdering av hvordan Loven faktisk har virket i de fem år som er gått siden den trådte i virksomhet den 1. oktober 1974.

### Hva omfatter Psykologloven? Psykologrådets oppgaver

Det er vel hensiktsmessig først å gi en kort oversikt over Loven og dens sentrale punkter. Det er tittelen psykolog som er beskyttet i Loven. Kravet til godkjenning er embedseksamen i psykologi fra norsk universitet, at søkeren har utført slik praktisk tjeneste som er bestemt i forskrifter fastsatt av Kongen, og at søkeren har ført en hederlig vandel.

Søkere som har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet på annen måte enn ved norsk embedseksamen, kan godkjennes. Før godkjenning gis, skal uttalelse være innhentet fra Psykologrådet. Videre kan Kongen ved forskrifter bestemme at annen utdanning i psykologi som finnes faglig jevn- god med norsk embedseksamen, kan gi grunnlag for godkjenning.

Det er altså lovhjemmel for beskyttelse av psykologtittelen med norsk embedseksamen som norm, men med adgang til godkjenning av ekvivalent utdannelse etter vurdering av Psykologrådet. En kan vel karakterisere dette som begrenset tittelmonopol, med Psykologrådet som faglig veiledende kontrollinstans for departementet.

Lovens paragraf 3 fastslår at Kongen oppnevner Psykologrådet for 4 år av gangen. Rådets sammensetning og regler for dets virksomhet, fastsettes av Kongen.

I paragraf 4 fastslås at departementet kan ved forskrifter fastsette at nærmere bestemte psykologiske metoder og hjelpemidler bare kan nyttes av psykologer og av andre personer og yrkesgrupper. Videre at for visse slike metoder og hjelpemidler, kan departementet ved forskrifter fastsette at de bare kan nyttes av noen som har særskilt kyndighet. Psykologrådets uttalelse skal på forhånd være innhentet.

Når det gjelder psykologisk virksomhet, metoder og hjelpemidler, foreligger altså ingen generell beskyttelse eller monopolisering. Det er åpent for departementet ved forskrifter å regulere virksomhet i forhold til konkrete metoder og hjelpemidler. Avgrensing av slik virksomhet gjelder i forhold til "andre personer og yrkesgrupper", men åpner også adgang til innskrenkning i psykologers virksomhet, kfr. formuleringen "noen som har særskilt kyndighet".



Paragrafene 5, 6 og 7 gir hjemmel for forskriftsmessig regulering av forhold vedrørende psykologisk virksomhet, lovhjemlet taushetsplikt for psykologer og psykologers medhjelpere, og rett til å gi avkall på godkjenning. Ved eventuelle forskrifter om forhold vedrørende psykologisk virksomhet, skal Rådets uttalelse innhentes.

Paragraf 8 spesifiserer under hvilke betingelser godkjenning kan tilbakekalles, idet psykologen anses uskikket til å utøve virksomhet som psykolog. Dette er spesifisert i forhold til høy alder, sykdom eller misbruk av rusmidler. Det samme gjelder ved andre forhold som anses uforenlig med utøving av virksomhet som psykolog. Paragrafen åpner også adgang for tilbakekalling av godkjenning, gitt i forhold til forskriftsmessig regulert virksomhet. Før tilbakekalling, enten av godkjenning som psykolog eller av regulert virksomhet, skal Rådets uttalelse være innhentet. Tilbakekalling kan ikke påklages, men kan bringes inn for retten. Tilbakekalling kan oppheves ved ny godkjenning, igjen etter at Rådets uttalelse foreligger.

Jeg er ikke juridisk kyndig, men oppfatter loven langt på vei som en rammelov. Det er relativt få sider ved psykologisk profesjonsutøvelse som er entydig belagt med klart definerte monopolrettigheter. Det gjelder retten til bruk av tittelen psykolog, retten til å ta syke i kur, rett og plikt til taushet. Psykologisk virksomhet er ikke nærmere definert, men kan defineres nærmere og reguleres ved forskrifter. Videre er det klart at Psykologrådet er tildelt en ikke ubetydelig rolle som faglig høringsinstans i forhold til den konkrete utøvelse av lovens intensjoner. Rådets sammensetning, arbeidsområdet og arbeidsform er fastsatt av Kongen 2. november 1973. Om disse regler for Psykologrådet kan kort sies at Rådet består av formann, varaformann og fem øvrige medlemmer. De oppnevnes av Kongen for 4 år av gangen. Minst 4 av Rådets 7 medlemmer og deres varamenn, skal være psykologer. Ett medlem med varamann skal være jurist og fylle vilkårene for å være høyesterettsdommer. Rådet innkalles når formannen anser det nødvendig, eller hvis minst 2 medlemmer eller departementet anmoder om det.

Rådets arbeidsområde er definert som "de oppgaver som er nevnt i Lov om godkjenning med videre av psykologer, paragrafene 2, 4, 5, 8 og 9, og skal for øvrig være rådgivende organ for departementene i andre spørsmål som gjelder godkjenning av psykologer og deres virksomhet.

Rådet skal på eget tiltak komme med forslag og uttalelser det finner tjenlig for praktiseringen av lovens bestemmelser, eller andre spørsmål vedrørende psykologenes yrkesforhold".

Rådet kan innkalle spesielt sakkyndige til sine møter. Sosialdepartementet utpeker sekretær for Rådet. Rådets medlemmer har taushetsplikt i forhold til enkelt-personers søknader og øvrige saker vedrørende personlige forhold. Likeledes taushetsplikt i saker hvor Rådet avgir

uttalelse til departementet eller andre instanser i sentraladministrasjonen, inntil endelig standpunkt er fattet av vedkommende instans. Derimot i saker som Rådet på eget initiativ tar opp til behandling og avgjørelse gjelder ikke bestemmelsen om taushetsplikt, med mindre Rådet selv fatter vedtak om det.

Rådet er karakterisert ved et flertall av psykologer, etter reglene kan 6 av Rådets 7 medlemmer være psykologer, idet bare ett medlem er fastlagt for øvrig, nemlig juristen. Innkalling av Rådet kan skje etter departementets ønske, eller på initiativ av formannen, eller minst 2 medlemmer. Rådet har taushetsplikt både ved behandling av personlige saker og i forhold til saker reist av departementet, men ikke bundet taushetsplikt i saker Rådet tar opp på eget initiativ. Selv om Sosialdepartementet peker ut sekretær for Rådet, må Rådet anses som likestilt overfor samtlige departement og sentraladministrasjonen.

Definisjon av Rådets funksjonsområde er klar i forhold til søknader om godkjenning, eventuelle forskrifter for regulering av bruk av psykologiske metoder og hjelpemidler, forskrifter om forhold vedrørende psykologisk virksomhet og tilbakekalling og eventuell reetablering av godkjenning. I samtlige slike saker skal Rådets uttalelse innhentes.

Rådets øvrige virksomhet er forholdsvis vagt og bredt definert: "... og skal for øvrig være rådgivende organ for departementene i andre spørsmål som gjelder godkjenning av psykologer og deres virksomhet". Når det gjelder saker som Rådet tar opp på eget initiativ, er formuleringen i regler for Psykologrådet slik: "... finner tjenlig for praktiseringen av lovens bestemmelser eller andre spørsmål vedrørende psykologers yrkesforhold". Altså, igjen forholdsvis brede formuleringer.

Med disse faktiske beskrivelser som bakgrunn, la meg nå gå nærmere inn i de diskusjoner og avveininger som lå til grunn for utformingen av Psykologloven. Jeg bygger her på Sosialdepartementets proposisjon som er en forholdsvis bred framstilling, med dokumentasjon av de mange innkomne høringsuttalelser. Ikke alle uttalelser og vurderinger har krav på samme interesse og jeg har særlig trukket fram slike som gjenspeiler uenighet og profesjonskonflikter, og som har hatt innflytelse på det endelige resultat.

### Beskyttelse av tittel

Først spørsmålet om hvilken autorisasjonsordning som var ønskelig: Beskyttelse av tittel og/eller yrkesutøving. Den vanligste ordning er at både tittel og bestemte virksomheter blir forbeholdt den som gis autorisasjon. Utvalget har pekt på vanskene med å trekke opp klare retningslinjer for en avgrensning av psykologenes virksomhet overfor beslektede yrkesgrupper, og fastslår at virksomhet som skal forbeholdes en bestemt gruppe, må kunne defineres og avgrenses. Utvalget støtter

seg her i stor utstrekning på en utredning fra Norsk Psykologforening. Hovedpunktene i denne med hensyn til konsekvenser ved en autorisasjonsordning er: Sikre visse minimumskvalifikasjoner hos vedkommende gruppe yrkesutøvere, sikre en viss etisk standard, hindre misbruk av metoder og hjelpemidler innenfor yrker som berører menneskets liv og helse, bidra til å styrke standen faglig og etisk, være en hjelp for de arbeidsgivere som rekrutterer psykologer, bidra til at folk i sin alminnelighet får større forståelse av hva psykologyrke går ut på. Utvalget sier om dette "når det gjelder psykologene synes det etter utvalgets mening helt klart at det ikke er mulig å gi en definisjon av en psykolog på grunnlag av de funksjoner han utfører som skiller han klart fra andre hvis yrkesutøving har relasjon til menneskers opplevelse og adferd....".

Innkommne uttalelser fra departement og universitet og fagorganisasjoner gir uttrykk for almen oppslutning om utvalgets konklusjon om beskyttelse av titler. Universitetet i Oslo uttaler "... og vi er enig i at for psykologenes vedkommende er en autorisasjon av selve tittelen det mest naturlige". Fra Norsk Psykologforening heter det om den foreslåtte autorisasjonsordning: "Etter Norsk Psykologforenings mening er dette en meget rimelig og gunstig løsning ..."

I all denne harmoni er det likevel enkelte dissonanser. Kommunal- og arbeidsdepartementet "... mener utvalget noe ensidig har betont behovet for kontroll med det klinisk-psykologiske arbeidsområdet, mens tilsvarende problemstillinger innen det arbeids-psykologiske felt har kommet mindre klart fram. Dette har ført til at Psykologrådet ikke er sikret en tilstrekkelig allsidig sammensetning". I Kirke- og undervisningsdepartementets uttalelse sies det: "... at man regner med at en lov om psykologers rettigheter og plikter ikke blir til vesentlig hinder eller ulempe for tilsetning av pedagoger som skolepsykologer".

Her innvarsles et konfliktområde som blir direkte og klart fremført i høringsuttalelsen fra Norsk Pedagogikklag. Etter generell tilslutning til den foreslåtte form for autorisasjon heter det i uttalelsen: "En vil imidlertid på det sterkeste ta avstand fra innstillingens forslag til utdanningskrav. Her gjøres det ikke i innstillingen eksplisitt rede for at det faktisk eksisterer to utdanningsveier for skolepsykologer, nemlig ved Psykologisk institutt og ved Pedagogisk Forskningsinstitutt. Videre "... (vi) vil ut fra dette hevde at når emnevalget ved magistergrad i pedagogikk og embedseksamen i pedagogikk har tyngden i psykologisk retning, må dette automatisk gi rett til autorisasjon som psykolog".

Problemet med avgrensning til pedagogene skulle vise seg å bli det eneste mer alvorlige og tidkrevende avgrensingsproblem i forhold til andre yrkesgrupper. Den endelige løsning representerte et kompromiss ved at uttrykkene skolepsykologi og skolepsykolog ble erstattet med pedagogisk-psykologisk tjeneste og pedagogisk-psykologisk rådgiver.

Som konklusjon kan fastslås at med ett unntak var det almen oppslutning om den valgte autorisasjonsform med lovbeskyttet tittel og adgang til forskriftsmessig regulering av virksomhet. Det kontrollkrav som derved legges på utøvelse som godkjent psykolog, er et visst minimumskrav til utdanning, hederlig vandel og eventuelt praktisk tjeneste. Begrepet hederlig vandel er tilsvarende det krav som stilles til andre yrkesgrupper det er nærliggende å sammenligne det med.

Foruten det vanlige krav om hederlig vandel har vi hele spørsmålet om "psykologisk virksomhet" (§ 5) og "uskikkethet til å utøve virksomhet som psykolog" (§ 8). Det er et spørsmål om hva som kan betegnes som god og dårlig psykologskikk, og kriterier på det. Rådet har drøftet dette spørsmål flere ganger. Bl.a. har det vært reist forslag om at Rådet skulle utarbeide normer for hva som er god psykologskikk. Personlig er jeg imot å utarbeide egne fagetiske normer i Rådet. For det første vil det lett skape konflikt og forvirring hvis Rådet skulle operere med et eget regelsett, for det andre anser jeg det for meget vesentlig at en profesjon har hånd om disse problemene gjennom sin egen faggruppe. Jeg skal for øvrig komme tilbake til spørsmålet om god psykologskikk i en annen sammenheng.

Det tredje krav til godkjenning, praktisk tjeneste, er foreløpig stilt i bero. Saken er til utredning i Rådet. Norsk Psykologforening har hatt et tre-manns utvalg til å utrede det samme spørsmålet, bl.a. etter oppfordring fra Rådet. Utvalget avga sin uttalelse i juli 1978, og på NPF's landsmøte i november 1978 ble det fattet vedtak om videre utredning. Fra psykologenes side sett, er det utvilsomt at lovfestet praktisk tjeneste for psykologer kan være et viktig instrument for innarbeiding av psykologi og psykologiske tjenester i samfunnet. Slik praktisk tjeneste ville også langt på vei kunne bidra til klargjøring av hva som er eller bør utgjøre psykologisk virksomhet, og innarbeiding av en økt forståelse for dette i befolkningen.

#### Beskyttelse av psykologiske metoder og virkemidler

Det neste avsnitt i innstillingen som viser en del konflikt og meningsbrytning berører spørsmålet om psykologisk virksomhet. Innstillingen omtaler saken under betegnelsen "vern om psykologiske metoder og hjelpemidler". To typer overveielse preger betraktningene. For det første at de forskjellige psykologiske metoder og hjelpemidler stiller ulike krav til faglig kompetanse. Dernest at andre yrkesgruppers faglige forutsetninger for å nytte psykologiske metoder og hjelpemidler varierer, fra grupper som er beslektet med psykologene til slike grupper som mangler forutsetninger.

Utvalget mener at ingen psykologiske metoder bør reserveres bare for psykologer. Selv om det antas at en rekke metoder beherskes best av psykologene er det ikke gitt at det er riktig å avskjære andre grupper fra å bruke dem. Derimot mener utvalget at man må gå langt med hensyn til å forby slik bruk når det gjelder grupper uten bestemte faglige forutsetninger. Mer konkret foretar innstillingen en viss opplisting og prioritering av metoder og hjelpemidler ut fra de krav som må stilles til kompetanse. Størst krav til utøveren stiller psykoterapeutiske metoder og metoder for rådgivning vedrørende personlige spørsmål. Av hjelpemidler er det først og fremst de psykologiske prøvene eller testene som har interesse. Av disse fremheves de projektive metodene som mest krevende. Dernest følger andre personlighetsprøver og evne-, anlegg- og interesseprøver. Når det gjelder psykoterapeutiske metoder hevder innstillingen at disse prinsipielt er medisinsk-psykiatriske behandlingsmetoder, og at vurdering av kvalifikasjoner og krav til kompetanse må tilligge Norsk Psykologforening.

Innstillingen fraråder offentlig kontroll med omsetning og distribusjon av psykologiske prøver og mener disse forhold bør reguleres via avtaler mellom Norsk Psykologforening og Testforlagene. I de innkomne høringsuttalelser er det varierende syn på hvilke psykologiske prøver som bør underlegges kontroll, hvor omfattende en slik kontroll bør være, og hvilke yrkesgrupper som bør gis anledning til å benytte psykologiske metoder og hjelpemidler. Norsk Psykologforening understreker viktigheten av at Psykologrådet blir et virkelig sakkyndig råd. Den kritiserer innstillingens slagside mot medisinske problemstillinger, og mener den gir et skjevt bilde av psykologien og dens metoder som helhet. Det heter "konsekvensen av misbruk av psykologiske metoder og hjelpemidler kan være like alvorlig eller alvorligere på andre områder enn det kliniske...". Foreningen fremhever videre at det er en viktig oppgave for det foreslåtte Psykologråd å fremme forslag til bestemmelser for å sikre en fagpsykologisk kontroll. Når det gjelder spørsmål om hvilke grupper som kan bruke ulike hjelpemidler, fremholder foreningen at det ikke er grunn til å sette psykiatri i en særstilling. Tvertimot bør også leger komme under denne prinsipielle oppfatning at bruk av psykologiske prøver i alle tilfeller bør være underlagt fagpsykologisk kontroll.

Både Arbeidsdirektoratet og Attføringsinstituttet i Oslo peker på den ensidige vekt som legges på det kliniske arbeidsområdet. Det heter om dette "videre vil direktoratet fremheve at innen alle områder hvor psykologisk metodikk anvendes, er det nødvendig å sikre seg at de som bruker metodikken har tilstrekkelige kvalifikasjoner, og det er nødvendig å få presisert langt sterkere enn det er gjort i innstillingen, hva slags kvalifikasjoner som bør stilles til den som nytter psykologiske metoder".

Psykologisk institutt, Oslo, kritiserer at det ikke i innstillingen klarere presiseres at de psykodiagnostiske metodene er rent psykologiske metoder, og at bruken av dem krever en omfattende teoretisk skolering. Likeledes kritiseres det uberettigede medisinske preg omtalen av psykoterapi har fått. Instituttet hevder i sin konklusjon: "Vårt syn når det gjelder vern om de psykodiagnostiske metoder går i retning av å trekke skarpere grenser enn hva innstillingen har gjort, idet vi mener at bare fagfolk med psykologisk grunnutdannelse kan anses kvalifisert til å anvende slike metoder". Om psykoterapi heter det "...innstillingen i for liten grad har trukket fram det naturlige grunnlag som psykologistudiet med en inngående opplæring i personlighetsteori og mellommenne-skelige forhold, danner for den klart psykologiske yrkesaktivitet som psykoterapi representerer".

Fra Norsk Legeforening fremheves projektive personlighetsprøver som nødvendige hjelpemidler for barnepsykiaterene. Videre foreslås endringer i § 5 til ordlyden "... bare kan nyttes av psykologer, leger og andre personer som departementet bestemmer". Et annet syn kommer til uttrykk fra Norsk Forening for barn- og ungdomspsykiatrisk team-arbeid. Bl.a. slik: "Foreningen kan ikke se at verken spesiallærere eller psykiatere har den nødvendige fagutdannelse til å kunne bruke disse psykologiske hjelpemidler og instrumenter".

Bak disse urbane formuleringer i høringsuttaalelsene ligger utvilsomt en del reelt konfliktstoff, både psykologer imellom, og mellom psykologer og andre yrkesgrupper. I sin oppsummering velger departementet å la disse ligge. Det slutter seg til innstillingens grunnprinsipp at formålet med bestemmelser som verner bruk av psykologiske metoder og hjelpemidler, må være å hindre misbruk fra personer uten relevant faglig bakgrunn. Reguleringen ansees tilstrekkelig ivaretatt i lovens paragraf 4, med dens adgang til forskriftsmessig kontroll. Kravet fra den Norske Legeforening avvises under henvisning til at legenes grunnstudium ikke gir verken teoretisk grunnlag eller praktisk innføring i bruken av de spesifikt psykologiske metoder og hjelpemidler. Departementet viser for øvrig til Norsk Psykologforenings spesialistgodkjenninger.

Spørsmålet om psykologisk virksomhet og vern av psykologiske metoder og hjelpemidler er sannsynligvis det mest sentrale i psykologloven, både overfor publikum og for den psykologiske profesjon. Allerede i 1974 nedsatte Psykologrådet et underutvalg med mandat til å vurdere hvilke metoder og hjelpemidler som bør underlegges beskyttelse, hva som ville være praktisk gjennomførbart og samtidig ta rimelig hensyn til andre yrkesgruppers interesser. Underutvalget avga sin innstilling i 1977. Saken ble deretter drøftet i en rekke møter i rådet, og med representanter fra Sosialdepartementet og Justisdepartementet. Den endelige konklusjonen lød slik: "Psykologrådet finner idag ikke grunnlag for å utforme forskrifter som på en hensiktsmessig måte vil regulere bruken av psykologiske metoder og hjelpemidler". Det ble vist til bl.a. få

konkrete saker som har vist behov for regulering. Generelle fagetiske regler synes ikke hensiktsmessig, idet Norsk Psykologforening har gitt fagetiske retningslinjer. Videre ble det lagt vekt på de endringer som har funnet sted i det psykologiske arbeidsfelt siden lovens forarbeider ble formulert. Det heter "psykologers arbeidsområde er blitt sterkt utvidet i de siste 15 årene. Psykologiske metoder er tatt i bruk overfor en rekke nye klientgrupper og både revisjon av etablerte metoder og utvikling av nye har funnet sted. Tilgrensende yrkesgrupper har tilsvarende utvidet sine arbeidsfelt, slik at en betydelig overdekking i oppgaver og tilnærming eksisterer. På til dels meget ulike intensjonsnivå og med varierende målsetting nyttes psykologiske behandlingsmetoder av leger, sosionomer, pedagoger, spesiallærere, miljø- og sykepleierpersonalet. Intensjonsnivået i psykologisk behandling vil variere med den enkelte gruppes opplæring og faglige kompetansenivå. Å gruppere metoder etter kompetansenivå er lite hensiktsmessig idet kompetansekravet avgjøres av intensjonsnivået, og ikke metoden pr. se".

#### Ulike syn på Psykologrådet

Til slutt noen ord om Psykologrådet, dets oppgaver, sammensetning og oppnevning. Slik utkastet til Psykologloven etter hvert ble formet, var det klart at Rådet ville få en sentral og innflytelsesrik posisjon. Dette gjenspeiler seg også i høringsuttalelsene for såvidt som særinteresser er mer markante som de også var i spørsmålet om psykologisk virksomhet. Etter det opprinnelige forslaget i innstillingen skulle Rådet bestå av 5 medlemmer "som anses særlig kyndig når det gjelder de forhold som reguleres i lov om psykologers rettigheter og plikter m.v." Et medlem skulle være jurist, et medlem foreslått av universitetet, et av Norsk Psykologforening og et av Helsedirektøren.

I høringsuttalelsene er det enighet om innstillingens forslag til retningslinjer for Rådet, med bestemmelse vedrørende Rådets oppgaver og plikter, saksbehandling etc. Derimot rettes det adskillig kritikk mot forslagene til oppnevning og sammensetning. Arbeidsdirektoratet kritiserer at psykologenes tilknytning til ulike departement ikke er tillagt mer vekt. Rådet foreslås utvidet til 7 medlemmer med utpeking av 4 medlemmer fra de departementene som har tilknyttet de største gruppene av psykologene, henholdsvis Sosial-, Kirke- og undervisnings-, Kommunal- og arbeids- og Forsvarsdepartementet. Videre mener Arbeidsdirektoratet at et slikt utvidet råd bør gis utøvende myndighet og eget sekretariat, og at alle departement bør pålegges plikt til å innhente uttalelser fra Psykologrådet før de gir administrative forskrifter som berører psykologers yrkesutøvelse eller lignende. Både Psykologforeningen og Psykologisk institutt, Oslo, foreslår økt representasjon med inkludering av skole-, arbeids- og klinisk psykologi.

Norsk Pedagogikklag sier at grunnsynet må være at sammensettingen av Rådet må hindre at det kan fremmes snevre yrkesinteresser. I pakt med denne oppfatningen foreslås at psykologiseksjonen og pedagogikkseksjonen ved universitetet oppnevner ett medlem hver, og at formannen oppnevnes uavhengig av institusjoner og organisasjoner. Den Norske Legeforening påpeker at ingen leger er selvskreven medlem av Rådet. De foreslår at ved autorisasjon av kliniske psykologer og ved fastsettelse av forskrifter for psykologiske metoder og hjelpemidler i klinisk arbeid, må Rådet bestå av minst like mange leger som psykologer. F.eks. en jurist, to psykologer og to leger (en voksenpsykiater og en barnepsykiater).

Sosialdepartementet er enig i utvidelsen til 7 medlemmer, hvorav minst 4 psykologer og en jurist. Utover dette anses ytterligere låsing av sammensetningen uhensiktsmessig. Departementet forutsetter likevel at det ved Rådets sammensetning tas hensyn til at det blir sikret representasjon for Norsk Psykologforening, universitetet og de viktigste arbeidsområder for psykologer. Særlig de som er knyttet til Arbeidsdirektoratet, Helsedirektoratet og Kirke- og undervisningsdepartementet. Ønske om representasjon fra tilgrensende yrkesgrupper som leger og pedagoger, henvises til Rådets adgang til å innkalle spesielt sakkyndige i forhold til sak. Videre påpekes at etter Forvaltningsloven skal uttalelser innhentes fra institusjoner og organisasjoner hvis det utarbeides forskrifter som særlig berører disse. Generelt peker departementet på at i den grad den faglige utvikling kan gjøre det ønskelig senere å utvide eller endre Psykologrådets sammensetning, kan regler om dette fastsettes av Kongen.

Spørsmål vedrørende taushetsplikt, psykologers adgang til å anvende hypnose og inkludering av psykologer i den såkalte Kvakksalverloven, medførte ingen særlige eller spesielle kommentarer.

### Psykologloven som instrument for samfunnet og psykologene

Jeg snakket tidligere om Lovens egnethet som instrument både for samfunn og borgere, og for psykologi og psykologer. Hvilke garantier har samfunnet fått? Sosialminister Fjose fremhevet behovet for "... ei grundig utdanning og at dei på andre måter er skikka for dette yrket". Kravet til utdanning må sies å være ivaretatt i den grad et generelt nivåkrav til utdanning kan gi garanti for kompetanse og skikkethet. Videre garantier ligger i forskriftsmessig regulering av psykologisk virksomhet, adgang til tilbakekalling av godkjenning, og særlig i åpent adgang til mer detaljert regulering av psykologisk virksomhet hvis nødvendig eller ønskelig. Erfaringene fra lovens første 5 år har vist at foreløpig har ikke malpraksis eller misbruk av psykologiske metoder og hjelpemidler vært noe stort problem.



På den annen side kan det hevdes at loven ikke beforder noe klarere forståelse blant folk av hva psykologi, psykologiske metoder og hjelpemidler er. Jeg kan ikke se at dette formålet kan oppnå gjennom lovgivning. Det er meg bekjent heller ikke vanlig ved autorisasjons- eller legitimasjonslover. Loven fungerer som en rammelov som trekker opp visse minimumsbetingelser. Svenskenes lov av 1978 om Legitimasjon av psykolog, er enda knappere enn den norske og nevner ikke psykologisk virksomhet. Derimot har den svenske lov allerede satt inn kravet om 1 års praksis etter eksamen.

Hva så med loven som instrument sett fra profesjonens side? Sosialminister Fjose uttrykte det slik: "Lova vil gi psykologane ei sikrere og klårare stode, slik at de på ein betre måte kan nytte kunnskapane sine til beste for samfunnet". Det er ingen tvil om at offentlig godkjenning som psykolog gir både en generell forankring og også konkrete rettigheter - bl.a. retten til å ta syke i kur. Psykologene er derved bragt inn under Lov om folketrygd, i den forstand at de kan få refusjon for sin yrkesutøvelse. Som det vil være kjent, er denne retten ikke almen i den forstand at den gjelder for en hver godkjent psykolog, bare for psykologer med spesialistutdanning i klinisk psykologi. Denne innskrenkning av rettigheten var vel en skuffelse da den kom. Sett på bakgrunn av den uklarhet og usikkerhet som hersker om hva som er psykologisk virksomhet og psykologisk behandling eller hva som bør være det, tror jeg idag at det kan sees som en fordel med et strengere krav. Det blir en utfordring til profesjonen selv å klargjøre sine tilbud og metoder.

Det er klart at loven fungerer som et kontrollinstrument i forhold til psykologisk yrkesutøvelse. I den grad det har mening å snakke om fri profesjon uten å kvalifisere adjektivet "fri", kan det hevdes at en god profesjon er en fri profesjon. Når det gjelder den ytre kontroll som vi pålegges av loven, kan jeg ikke se at psykologi og psykologisk virksomhet i undervisning, forskning og anvendelse er uforholdsmessig meget kontrollert via loven. Den sammensetning og den plass Psykologrådet er gitt må anses som adekvat i forhold til formålet med en rammelov.

Min konklusjon er at Psykologloven er anvendbar som instrument så vel fra et samfunnssyn som et profesjonssyn. Konklusjonen gjelder Loven som instrument for regulering av forholdet mellom samfunn og profesjon. Hvordan profesjonen i teoretisk innhold, utdanning, forskning og anvendelse skal profileres til enhver tid, er et spørsmål for seg.

## PSYKOLOGLOVEN, HVA IMPLISERER DEN FOR PSYKOLOGENS PLIKTER?

Anni von der Lippe, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Når en profesjonslov gjennomføres er det som regel et resultat av mange års forutgående profesjonalisering. I sin tur fører loven med seg monopolisering, rettigheter og plikter. I det følgende vil jeg komme med noen kommentarer på hvorfor i min oppfatning, psykologloven hittil ikke har hatt slike konsekvenser for profesjonen. Jeg vil tilslutt ta opp noen tilbakeførende konsekvenser som jeg synes loven burde få på grunnutdannelsen i psykologi.

I psykologlovens fireårige, snart femårige eksistens er det vanskelig å spore klare nye generelle plikter og rettigheter som psykologer ikke allerede hadde oppnådd før lovens ikrafttredelse. Loven har heller ikke avfødt særlig debatt. Som Arnljot Gjesvik kommenterte, skjedde dette heller ikke i Stortinget da lovforslaget gikk igjennom. Loven har verken hatt særlige konkrete følger for den enkelte psykologs hverdag eller har forandret psykologenes syn på seg selv eller på sin profesjon. Det en kan si er at loven gir en bedre anledning til å kontrollere psykologers virksomhet enn før, men dette har hittil ikke vært spesielt nødvendig. Loven gir Departementet bedre innsyn over psykologers virksomhet i de private næringer, men som vi vet er det relativt få som er i private næringer, ikke stort mer enn 5 til 10 prosent. Loven gir taushetsplikt og taushetsrett, men dette er en plikt og en rett som psykologer stort sett har tatt seg til og stilltiende blitt tilstått bestandig.

Loven har mer enn noe annet vært en stadfestelse av at psykologi er en profesjon, et post festum mer enn en innledning til en profesjonaliseringsprosess. Den tar primært sikte på tittelbeskyttelse og ikke på beskyttelse av virksomhet. Ettersom det ikke har vært noe kjent misbruk av tittelen psykolog i Norge er de eneste som har fått føle konsekvensen av den tidligere skolepsykologer med pedagogisk eksamen eller psykologer med en inferior utenlandsk psykologutdanning. Dette gjelder særlig de som er ansatt i den pedagogisk-psykologiske rådgivningstjenesten, hvor psykologutdannelsen som grunnlag for rådgivningstjeneste ikke i noe fall

Jeg skal ta et velkjent eksempel, nemlig den nye behandlingsspesialiteten. Gjennom de siste årene har det vært fremsatt en rekke alternative forslag til fortolkninger av reglementet for behandlingsspesialiteten og disse har vært lagt frem for foreningens landsmøter. I hvert eneste tilfelle har de fortolkninger som har vært vedtatt gått i retning av mindre krav, færre krav, mindre kontroll, større valgfrihet, inntil profesjonen i dag står igjen etter fire års praktisering med noe nær et skall av en spesialitet som har liten opplysningsverdi for utenverdenen eller for psykologene selv og som derved er uten kompetansegaranti. Denne spesialiteten ble også som nevnt forkastet som grunnlag for rettigheter av Sosialdepartementet. Vel var Departementet uvillig til å akseptere et utvidet praksisbegrep for helsevesenets psykologer, men samtidig var psykologenes representanter i landsmøtene helt uvillig til å ta de begrensede forpliktelser under ervervelsen av videreutdanningen som spesifiserte rettigheter medfører. Mange pågående yngre røster har reist seg for at grunnutdannelsen er nok garanti for kompetanse og at hele videreutdanningen er en konserverende tvangstrøye. Dette betyr ikke at motkreftene innen standen også er sterke og vinner i det lange løp, noe en nylig har sett ved at en istedenfor å nedlegge noen eller alle spesialitetene har beholdt alle sammen.

### Indre profesjonskontroll eller ytre kontroll?

Et annet eksempel på tvilen om berettigelse av kontroll innad er uvilligheten til å disiplinere egne medlemmer. Saker som f.eks. Gro-saken har kostet, men ikke fordi ikke enhver profesjon gjør feil, for de fleste profesjoner har vel så mange lik i lasten som psykologene. Den har kostet, fordi vi ikke var villig til å stå på ett sett profesjonelle standarder og vi mistet derved vår kredibilitet hos mange, særlig hos myndighetene. Først og fremst mistet Universitetet sin kredibilitet, fordi det gjennom sin adferd viste 1) at selve utdanningsinstitusjonen ikke hadde ett sett profesjonelle standarder som det var enighet om og 2) at den var uvillig til å påta seg vanlig profesjonskontroll. I profesjonssammenheng må nok dette defineres som et umodenhetstegn. Nå viste det seg senere at utdanningsinstitusjonen, dvs. Psykologisk institutt, har tatt en god del skritt til større intern kontroll, noe som har gjort det mulig å få et samarbeid med Psykologrådet og Sosialdepartementet. Instituttet har utarbeidet et sett fagetiske regler som forplikter studenter og lærere både når det gjelder forskning og praksis. Uten denne villighet til selvkontroll ville nok den eksterne kontroll fra myndighetene ha blitt sterkere. Det som er interessant er at det skulle et betydelig ytre press til før selvkontrollen ble skjerpet. Det var myndighetene som stilte grunnutdanningsinstitusjonen i en valgsituasjon om økt indre kontroll eller ytre kontroll, og først da valgte instituttet profesjonslinjen.

møtes med eksklusiv respekt i departementale kretser. Frarøvelsen av psykologtittelen har derfor ikke betydd noen endring i deres arbeidsvilkår og lønn og heller ikke for deres prestisje.

Behovet for en tittellov var en realitet i mellomkrigstiden da arkitekter og skipsførere slo seg ned som psykoterapeuter. Førte år senere har velferdstatens trygdesystem satt en praktisk hindring for kvakksalvernes selvstendige ernæringsmuligheter. Nitti prosent av psykologene er ansatt i offentlig tjeneste, og deres virksomhet er dermed vel regulert av andre lover som regulerer offentlige tjenester.

### Psykologers rettigheter etter loven

Riktignok er tittelen på det foregående og mitt innlegg: Implikasjoner av loven for psykologens plikter. Det er muligens symptomatisk at både departement og psykologer i noen større grad har vært beskjefteget med de rettigheter som loven kunne gi og jeg skal kort se på disse. Uten at jeg kan se en umiddelbar logisk sammenheng mellom psykologlov, kvakksalverlov og retten til trygderefusjon, så ventet imidlertid myndighetene på at loven skulle tre i kraft før psykologer ble gitt rettigheter til refusjon over folketrygden. Slik rett ble også gjort gjeldende, men i og med at den ble så meget dårligere enn den midlertidige ordning som psykologene hadde før loven trådte i kraft, følte dette knapt som noen vinning, men ble isteden en begrensning. På lang sikt kan denne begrensning være en fordel. Det "stykkprissystem" som nå praktiseres bør etter hvert avskaffes til fordel for faste stillinger. Den offentlige forsømmelse med å bygge ut polikliniske psykiatriske servicetilbud gjør imidlertid begrensningen til en ulempe på kort sikt.

Videre skulle loven gi en forventet åpning for psykologers adgang til ledende stillinger i helsevesenet, selv om det også her er vanskelig å se en selvfølgelig logisk sammenheng mellom de to. Etter lovens innføring, synes det imidlertid som det ble en økende avstand mellom psykologer og muligheten til ledende stillinger enn det var tidligere. Forvernsenter-saken ga klart uttrykk for Departementets positive syn på legers lederansvar. Senere forskrifter har utdypet og understreket dette ansvaret på bekostning av andre yrkesgrupper. Når det gjelder den pedagogisk-psykologiske rådgivningstjenesten fremmet Norsk psykologforening krav overfor Kirke- og undervisningsdepartementet etter at loven trådte i kraft om at de med psykologisk fagbakgrunn skulle være godkjente psykologer og at ledere for PP-kontorer skulle være godkjente psykologer med bestemt videreutdanning. Dette forslaget fikk ikke gehør i KUD.

## Psykologens særpreg: Faglig bredde og integrering

Hva er det da som særpreger psykologen? Det har ofte vært hevdet at psykologen er det medlem av fagteamet som med sin teoretiske kunnskap og faglige bredde har den beste oversikt og er best istand til å integrere andre faggruppers bidrag i en enkelt klientsak. Hvis dette er riktig, at det er bredden og integreringen og ikke noen særlige arbeidsmetoder som særmerker psykologen og gir ham hans spesielle nytteverdi, så er dette noe som kanskje i særlig grad bør videreutvikles. En godkjent psykolog - dvs. en person med embetseksamen i psykologi - bør kanskje være et signal til brukere, dvs. klienter og offentlige myndigheter, om at dette er en person med et bredt spekter av kunnskaper om menneskelig fungering og et bredt spekter av ferdigheter om påvirkning av denne.

## Et profesjonsrettet psykologistudium

Jeg vil tro at dette må bety at grunnutdannelsen i langt større grad må ta profesjonsopplæringen, dvs. de anvendte metoder og perspektiver på å hjelpe grupper av individer, alvorlig. Hvis man lager en profesjonslov så må den basere seg på et profesjonsrettet studium. Dette har lenge vært en målsetning med embetsstudiet. Det ble betydelig sterkere understreket i de standarder for embetseksamen i psykologi som ble utarbeidet av Den nasjonale fagseksjon for psykologi i forbindelse med loven da den ble iverksatt. Disse standardene er meget generelle, men de understreker ferdighetsaspektet, den profesjonelle fagetikk og kravet til bredde. Neste trinn i et profesjonsstudium er gjerne at forvaltningen av studiet skilles ut i et eget fakultet. Dette har skjedd for jurister, leger og tannleger. Det kan også skje i en egen høyskoleutdanning slik som for ingeniører og veterinærer. Drivkraften i oppbygningen av psykologistudiet i Bergen, Bjørn Christiansen, har arbeidet på dette i åtte år inntil det er blitt et faktum ved Universitetet i Bergen. Det er sannsynlig at så lenge psykologi er organisert sammen med samfunnsfagene på fakultetsplan vil de øvrige samfunnsfagene som er forskningsfag og ikke profesjonsfag øve en bremse mot videre profesjonsopplæring.

Jeg regner med at egen fakultetsdannelse vil føre til at embetseksamen i psykologi i større grad kaster loss fra dobbeltmodellen om forsker- og praktiker-kombinasjonen og gir rom for en mer grunnleggende profesjonsopplæring på et bredere felt enn det vi har i dag. Videre at særskilt innrettet forskeropplæring enten skjer som en parallellutdanning som i magistergraden eller som påbygning til yrkesutdannelsen som i doktor psychol.-grad. Det siste vil være helt i tråd med ordningen til veletablerte profesjoner som medisinen med sin doktor med.-grad og ingeniørene med sin doktor ing.-grad. Konsekvensen av dette må bli, tror jeg, at mens opplæringen i basalfagene bør være av samme omfang i grunnutdannelsen som før, må profesjonsopplæringen intensiveres og bli en mer selvfølkelig integrert del av utdannelsen allerede fra første avdeling. Og videre at avhandlingens betydning som et selvstendig omfattende forskningsarbeid vil bli redusert.

## Psykologene har ikke enerett på noen metoder

Dette bringer meg til mitt egentlige spørsmål, nemlig om en profesjonslov ikke bare skal garantere at man har en bestemt utdanning, men at den skal garantere at man kan noe virkelig nyttig og hva dette man kan er. Hva er nå egentlig psykologenes bidrag til samfunnet? La meg ta klinisk psykologi fordi det er det området jeg er best kjent med. Tradisjonelt har det vært ferdigheter i psykodiagnostikk, i psykoterapi og i forskning som har skullet være den kliniske psykologs særmerke. Psykologlovens § 4 åpner adgang til at departementet ved forskrift kan fastsette at nærmere bestemte psykologiske metoder og hjelpemidler bare kan nyttes av psykologer og av andre personer og yrkesgrupper som har særskilt kyndighet. Da Psykologrådet skulle vurdere om det var arbeidsmetoder som burde begrenses til psykologer, fant det som kjent at psykologene ikke hadde noen arbeidsmetode som var genuint deres egen og deres alene. Ingen av de hjelpemidler eller metoder som psykologene nytter har oppstått fra psykologien alene eller er forvaltet av psykologene alene. I forarbeidene til loven ble Rorschach og intensiv psykoterapi til stadighet nevnt som eksempler på metoder som kunne beskyttes. Dette er begge metoder som vi deler med psykiaterne. Ingen av disse metodene er utarbeidet av psykologer, men er metoder som vi har arvet fra legene. Senere har det oppstått metoder som er ektefødte barn av psykologisk teori, f.eks. atferdsterapi og biofeedback-metoder. Det har imidlertid vært reist spørsmål om atferdsterapi ikke egentlig er en pedagogisk metode, og knapt noen kan tenkes å nekte legene å drive med biofeedback. Pedagoger, spesialpedagoger og leger gjør krav på alle de metoder som psykologene bruker, og når det gjelder behandlingsmetoder spesielt, brukes disse i økende grad av alt helsepersonell, selv om psykologer nok på kammerset vil hevde at de selv oftest bruker disse ut fra en bedre teoretisk forståelse og med større intensjonsdybde enn de øvrige grupper. Dette er imidlertid temmelig vanskelig å dokumentere og danner ikke grunnlag for monopolisering. Det har således vist seg at det er meget vanskelig å definere psykologer ut fra deres arbeidsmetoder alene.

Når det gjelder forskning, er det mer enn åpenbart at dette i mindre og mindre grad er blitt en del av den praktiserende psykologs hverdag. Tidligere ble det f.eks. krevet et forskningsarbeid for å kunne bli klinisk spesialist, mens dette ikke lenger ses på som en nødvendig kompetanse. Meget tyder også på at forsker- og praktikerrolle-kombinasjonen er en sjelden hybrid som bare sjelden blir vellykket, og at det følt som en hemsko så lenge forskningskompetanse skulle legitimere praksis.

Å ha monopol på kontrollfunksjoner er ikke et entydig tegn på utviklethet av profesjonalitet. I dag er f.eks. legene villig til å overlate kontrollen av videreutdanningen til det offentlige, selv om praktiseringen av ordningen delegeres til profesjonsforeningen. Det er et tegn på videreutvikling av en profesjon at når mange offentlige rettigheter og plikter knyttes til en ordning som har vært opprettet og praktisert av en privat forening, så overlates den også til offentlig kontroll. Det er urimelig i det lange løp at ordninger som gir offentlige rettigheter, slik som spesialistordninger, ikke også kontrolleres av det offentlige. Det vil i min oppfatning være et modenhetstegn for vår profesjon, hvis vi etter å ha nådd frem til et noe bedre spesialiseringssystem enn det vi har i dag søker dette lagt inn under psykologloven. Publikum kan bare kontrollere en profesjon gjennom den offentlige forvaltning. Selv om den offentlige forvaltning kan føles som en hemsko på grunn av sin konservatisme og i vår oppfatning derfor ofte er en motstander av enkelte klienters interesser, så er det likevel gjennom forvaltningen at klienten kan utøve kontroll over profesjonen og dens utvikling.

### Psykologer er ikke uunnværlige

Ansvar og forpliktelser henger nøye sammen med ens nytteverdi. Psykologene er i det dilemma at de ikke er uunnværlige noe sted. Det er få råd, nemder og institusjoner eller annet hvor det er påbudt at det skal være en psykolog med. I de aller fleste stortingsmeldinger og lover om helse og om opplæring, nevnes psykologer simpelthen ikke. I senere meldinger om helsevern utenfor sykehus nevnes leger og helsesøstre, men ikke psykologer. I Lov om helsestasjoner figurerer helsesøstre som de som skal ta seg av mentale helse spørsmål, her nevnes psykologer heller ikke. I stortingsmeldinger om sosiale tjenester er sosionomer enerådende, psykologene nevnes ikke. I forskrifter om grunnskolen tillegges sosiallærere eller den sosialpedagogiske tjeneste nye viktige psykologiske oppgaver, mens psykologene bare er en av flere yrkesgrupper som kan, ikke skal bemanne PP-kontorene. Det har aldri hendt i en kinosal at noen har ropt: "Er det en psykolog til stede?" Det ser i det hele tatt ut som om verden greier seg ganske godt uten oss. Psykologer har heller ikke vært særlig villige til å gripe anledninger til å bli mer uunnværlige, slik som ved å delta i vaktordninger, som å gå inn som sakkyndige i retten, som til å søke seg inn i stillinger som ikke nødvendigvis krever en psykolog, men hvor man kan vise seg å være til nytte likevel. Spørsmålet er simpelthen om vi er nyttige nok til at vi bør gis flere forpliktelser.

omfavnet av departementene og da særlig Sosialdepartementet. Dette gjelder i særlig grad spørsmål om indre kontroll og krav til faglig standard som er to av hovedtegnene ved en profesjon.

### Det særegne ved profesjonaliseringen av psykologi

Fire forhold ved profesjonaliseringen av psykologi er historisk viktige: Det ene er, som Baklien har påpekt, at profesjonaliseringen av faget gikk bemerkelsesverdig fort. Det andre er at profesjonaliseringen foregikk i en medgangstid hvor det ikke var behov for utvikling av politiske ferdigheter. Psykologene er derfor ganske naive forhandlere. Den raske og motstandsløse profesjonalisering har ført til at profesjonen står litt bortskjemt og uforberedt ved inngangen til økonomisk trange tider. For det tredje har den raske økning i utdannelsestakten gjort at standen har en overvekt av unge og uerfarne utøvere. For det fjerde kom profesjonaliseringsambivalensen til psykologene etter etablering av profesjonen, men før den stod på virkelig sterke og sementerte føtter.

Det er lite som tyder på at profesjonaliseringen av psykologi ikke vil fortsette ufortrødent i et lengre tidsperspektiv. Likevel tror jeg at innslag av profesjonsambivalens eller anti profesjonsholdninger som gjør seg gjeldende i dag får profesjonens bastioner til midlertidig å vakle meget mer enn det noensinne kan bli tilfelle for f.eks. legeprofesjonen. Det var f.eks. interessant på den forrige profesjonskonferansen som ble holdt for et par år siden, å se hvorledes legenes representanter flørtet og lekte med profesjonssosiologene, og med den lystne jomfrus hvin inviterte sosiologene til å forfølge henne. Dette er en lek man bare kan delta i når man er riktig trygg. Psykologene deltok ikke i denne leken.

### Psykologenes forhold til sin egen profesjonalisering

La meg nevne et eksempel på profesjonens usikkerhet overfor seg selv som profesjon i dagens situasjon. Et vesentlig aspekt ved profesjonalisering ifølge profesjonssosiologene er at den selv utøver kontroll over egen praksis og egne medlemmer. Her oppleves i dag et skisma blant psykologiens yrkesutøvere. Kontroll betyr forpliktelser, som for mange i dag betyr formynderi, ufrihet og konservering. Når tillitsforholdet til de sentrale myndigheter er noe anspent i øyeblikket ligger kanskje dette nettopp i at myndighetene ønsker en større grad av indre profesjonskontroll, mens særlig de yngre psykologer er falt i alvorlig tvil. Interessant nok utspiller dette skisma seg ikke rundt psykologloven, men rundt videreutdanningen.



## Hva har begrenset en utvidelse av psykologenes rettigheter og plikter?

Psykologloven har ikke ført til en ytterligere legitimering av psykologer som har gitt gruppen mulighet til større ansvar. En vesentlig grunn er at standen allerede har etablert spesialistordninger som har fungert i femten år og som gir adgang til økt ansvar i stillinger.

Andre grunner til at loven ikke har ført med seg nye eller utdypete rettigheter og ansvar ligger stort sett utenfor psykologenes kontroll. Det økonomisk stramme markedet har gjort det lite ønskelig å åpne for nye yrkesgruppers bruk av trygdemidler for å nevne et eksempel. Tvert imot så strammes det kraftig inn, særlig på sykehuslegers bruk av disse midlene. Det lå kanskje også i kortene at en mer tidsadekvat og psykologisk/sosial oppfatning av psykisk sykdom og sykdomsbehandling og et endret syn på hvor slik kompetanse for behandling skulle opparbeides, ikke falt i fruktbar jord da den ble introdusert overfor Departementet gjennom psykologenes nye behandlingsspesialitet. Den økonomiske situasjonen samt Departementets tradisjonelle faglige konservatisme slo ut i en forventet avvisning av at praksis basert på et utvidet helsebegrep skulle gi rettigheter innen helsevesenet. Dette er uheldig idet det fører psykologene i retning av større likhet med psykiaterne og tvinger frem en snevrere definisjon av psykologenes virksomhetsområde istedenfor en utvidelse av både metoder og definisjon av klientgrupper. Foreløpig ser en intet ønske om en redefinering av psykologenes arbeidsområde innenfor det departement som forvalter loven.

Når en ser en økt nøling med å slippe psykologer inn i lederskiktet for helseinstitusjoner må dette sees i sammenheng med at psykiaterstanden øker, at psykiatrien har flere spesialister enn før, at disse får bedre videreutdanning enn tidligere og at de er bedre psykoterapeuter enn før. Terapikompetanse er blitt nøkkelen til status. Det er ingen grunn for psykiatrien på dette tidspunkt til å la seg overrenne av en profesjon som i en knapphetstid var nyttig for å få dagens arbeid unna, men som på lenger sikt kan bli en makttrussel.

Når psykologloven ikke førte med seg en bedre grunnfestning av psykologers stilling er det også fordi det for tiden eksisterer en viss tillitskrise mellom myndigheter og profesjon. Denne tillitskrisen reflekteres i varierende grad på det enkelte arbeidssted. På noen steder, kanskje de fleste, er den overhodet ikke synlig. På andre steder i helsesektoren er den meget synlig. En årsak til tillitskrisen er at profesjonen innad er usikker og i konflikt med seg selv når det gjelder fagets grad av profesjonalisering, noe jeg regner med at vi skal få anledning til å utdype de nærmeste dager. Dette har blant annet gitt seg utslag i at fagforbundet til tider har vært nølende med å se forskjeller mellom fagforeningspolitikk og profesjonspolitikk. Psykologstanden har i det siste ikke alltid fulgt de krav til profesjonalisering som blant annet sosiologer har artikulert, og som Ulf Torgersen påpeker har vært helhjertet

Hvis studiet skal legges opp med et bredere spekter av ferdighetsopplæring enn det nå har, må ferdighetsopplæringen og tilhørende teoriformidling ikke bare foretas av forskere, men av fagets dyktigste utøvere. En ferdig psykolog bør vite en del om behandling av funksjonshemmede, om opplegg for utviklingshemmede, kroniske psykotikere, geriatiske pasienter, om behandling av alkoholikere, behandling av ressurssvake grupper, om personalforvaltning, om organisasjonsutvikling, om attføringsarbeid, om krisebehandling, om konsultasjon, om oppsøkende virksomhet. Dette er områder som i dag bare perifert berøres i grunnutdannelsen. Det er slike ferdigheter som samfunnet trenger og som vil øke psykologenes nytteverdi i betydelig grad. Det er ferdigheter utover den tradisjonelle terapi som man idag opplæres til. Det vil nok bli innvendt av mange at dette er typiske oppgaver for en videreutdanning. Videreutdanning bør imidlertid bygge på et grunnlag i grunnutdannelsen og bør aldri starte på bar bakke. Ved å bringe et større spekter av profesjonsmetoder overfor et bredere klientgrunnlag inn i universitetsutdannelsen er også mulighetene for et større forskningsmessig engasjement til stede, noe en allerede ser begynnelsen til ved Universitetet i Bergen.

Jeg skal ikke videreutvikle disse tankene her, men bare summere at fra det perspektivet hvor jeg står, så synes det som psykologloven har hatt få konsekvenser fordi profesjonen allerede er etablert, fordi man har fått en "backlash" fra den kanskje for raske og motstandsløse profesjonalisering av faget og på grunn av psykologenes midlertidige ambivalens omkring sin egen profesjonalisering. Kanskje viktigst er at psykologene ennu ikke er riktig nyttige nok til at det er rimelig å legge særlig mange plikter på dem. Dette bør få konsekvenser for den fremtidige yrkesopplæring.

## DEBATT

Tor Kobberstad:

Etter å ha hørt Anni von der Lippes innlegg skjønner jeg at her trenger man ingen provokatører utenfra - jeg har likevel lyst til å gi noen kommentarer. Det er en påfallende forskjell mellom Psykologloven og lover for andre profesjoner. Psykologloven går ikke på langt nær så langt som f.eks. Legeloven i regulering av rettigheter og plikter. Etter min oppfatning tyder dette på at Psykologloven ikke først og fremst springer ut av noe samfunnsmessig behov for å definere eller regulere hva som skulle være psykologers område og ansvar, heller ikke noen oppfatning av at visse typer arbeid bør beskyttes eller forbeholdes psykologer av hensyn til klienten. I utgangspunktet er dette en lov som ikke monopoliserer visse typer virksomhet - og det er en fordel så vidt jeg skjønner Anni von der Lippe.

I Legeloven er det bestemte undersøkelse- og behandlingsmetoder som ikke kan utføres av vanlige leger, bare av spesialister. Hensynet til pasientens liv og helse er den dominerende begrunnelse for dette. I den refererte § 4 i Psykologloven om hjelpemidler og metoder, er ikke hensynet til klienten nevnt. Så vidt jeg forsto Gjesvik har man ikke vært særlig opptatt av klienten i noen fase av arbeidet med loven. Man må heller ikke være noe mer enn psykolog for å kunne bruke disse metodene - derimot kan man være noe helt annet enn psykolog. Jeg går ut fra at lovgiverne ikke har villet trække andre profesjoner på tærne.

Psykologloven gir imidlertid hjemmel for å innføre vern om psykologiske metoder og hjelpemidler, etter å ha vært forelagt Psykologrådet. Dette kan være et meget effektivt middel til gradvis å opprette et yrkesmonopol for psykologer. Psykologene vil være en viktig maktfaktor i den fremtidige utforming av slike forskrifter og i defineringen av "psykologiske metoder". Psykologene må motstå fristelsen til i denne situasjon å "mele sin egen kake". Siden Psykologloven er en fullmaktslov som skal suppleres med forskrifter, blir det en kontinuerlig prosess, hvor en skal vurdere den optimale grad av profesjonalisering til enhver tid.

For det første må utgangspunktet være et eller annet følt problem. Vi har ofte hørt at profesjonelle har en tendens til å definere klienters behov og problemer, og gjøre dem til sine krav. De potensielle klienter opplever det selv ofte anderledes. Her har psykologene et stort ansvar. Det andre er: Sitter man inne med den kunnskap som skal til? Kan den tilpasses i praksis for å løse disse problemene? Det er ikke tilstrekkelig at problemet foreligger. Psykologene må delta i denne vurderingen.

For det tredje: Er det nødvendig at psykologer får monopol på utøvelsen av denne virksomheten? Eller kan kunnskaper formidles til andre og benyttes av dem, evt. med psykologen som konsulent? For det fjerde: Står de ressurser som skal til for å løse problemene, i et rimelig forhold til omfanget av problemene? Eller finnes det bedre alternativer for bruk av ressursene? Dette er i høy grad et politisk spørsmål, hvor psykologene vil ha sine oppfatninger, men neppe være mer meningsberettiget enn andre.

Selv om de fire kriteriene vi nevnte skulle være oppfylt, gjenstår et dypereliggende problem. Mange har påstått at ekspertenes annektering av stadig flere områder på sikt kan representere en alvorlig trusel ved at folk etterhvert mister evnen til selv å løse de enkleste problemer og konflikter. For meg er det klart at psykologene, men også andre profesjoner innen helse- og sosialsektoren, har et spesielt ansvar for dette. Man må være på vakt mot at utformingen av hjelpeapparatet fullstendig blir avgjort ut fra profesjonenes egne interesser og behov - som Nyhus har påpekt.

### Carl Erik Grennes:

Jeg er heller ikke godkjent psykolog og har ikke søkt om det. Derfor kan jeg trygt si at jeg finner det som er sagt her problematisk. Jeg er helt enig i Anni von der Lippes analyse, men etter min mening trekker hun gale konklusjoner. Det er en tvetydighet mellom det hun kalte fagpolitikk og profesjonen. Det overrasket meg sterkt at hun glemte den tredje faktoren, nemlig vitenskapeligheten. Hvis man ser på andre typer av problemer som samfunnet står overfor, så oppdager man at det finnes tre typer av yrkesmessig virksomhet innen samme område. Vi har f.eks. elektrikere som har totalt monopol på å sette opp lamper, kontakter o.l. De har tilkjempet seg dette ut fra rene fagpolitiske hensyn. De er teknikere. Den andre gruppen er de som vet hva elektrisitet er: fysikere som forsker og danner det vitenskapelige grunnlag for teknikernes virksomhet. En tredje gruppe mellom de to er profesjonen: ingeniørene. Det er utenkelig at fysikere eller matematikere skulle ha diplom på hva de kan. Deres form for legitimering er å beherske vitenskapen, at man faktisk er forsker på området. Derimot kan man få diplom på at man er ingeniør, og fagforeningsbrev/fagbrev på at man er elektriker. Spørsmålet er: Hvor skal psykologien havne?

Jeg er veldig enig med Anni von der Lippe i at i den grad man prøver å definere psykologisk virksomhet, synes denne å preges av brede teoretiske perspektiver og bred kjennskap til påvirkningsmetoder. Dette er etter min mening det som kjennetegner en forskende, metodisk holdning til fagområdet. Det er ikke en holdning som preges av profesjonell kunnskap

eller teknikeres monopol. Nettopp denne tvetydigheten er synlig i psykologisk virksomhet, og vi greier ikke å bestemme oss. Bjørn Christiansen har bestemt seg. Han vil lage skole som mest mulig ligner på mellomprofesjonen, nemlig ingeniører og leger. Men det karakteristiske for legeutdannelsen er at de lærer en mengde ting, men hva lærer de om vitenskap? Det er ganske klart at de leger som ønsker å bli forskere, går delvis ut av selve medisinerstudiet eller forsker på siden av selve skolen. Det er et klart skille mellom hvilke krav som stilles til forskere og til de som blir vanlige leger. Det stilles ikke spesielle vitenskapelige krav til leger som medlemmer av en profesjon.

Jeg mener psykologene bør satse sterkere på det nivået som fysikere representerer. Det betyr at man må utvikle andre modeller for virksomhet enn å beherske teknikkene. Vi har f.eks. en modell hvor psykologen står som en forskningsmessig orientert, generell metodiker i stand til å analysere problemet og foreslå tiltak. Psykologen driver også opplæring av de som faktisk utfører de profesjonelle arbeidsoppgavene, nemlig de para-profesjonelle. De para-profesjonelle kan ha en relativt kort utdanning. Enkelte undersøkelser tyder på at jo kortere, jo bedre for virksomheten. Dette er en helt annen modell enn en syvårig skole hvor man går gjennom tolv institutter på et fakultet, som Anní von der Lippe drømte om også skal skje ved Psykologisk Institutt i Oslo. Jeg tror og håper at dette ikke vil skje i Oslo. Jeg håper at man der vil leve i den spenningen som eksisterer, ikke mellom teknikker og vitenskap, men mellom profesjon og vitenskap. For det er den form for spenning som jeg ser på som fruktbar.

### Einar Dannevig:

Jeg er opptatt av troen på lovverkets virkninger. For psykologene var det en viktig bekreftelse da vi fikk Psykologloven, en bekreftelse på at et langt arbeid fra mange mennesker var brakt i havn. En lov er nesten alltid på etterskudd. Jeg diskuterte dette med en jurist, han hadde bare et historisk eksempel på en radikal lov. Jurister og lover er konservative, de skal beskytte det bestående. Den første Psykologprofesjons-loven hadde vi allerede i 1938, om godkjenning av psykoanalytikere. Denne loven utvidet psykologers adgang til å ta syke i kur uten Kvakksalverlovens innskrenkninger, og på den annen side innskrenket den legers adgang til å bruke psykologiske metoder. Men loven ble opphevet, fordi den ikke syntes å ha noen innflytelse verken på legers adgang til å gjøre hva de ville eller på psykologers mulighet til å gjøre hva de ville.

Taushetsplikten hadde vi stilltiende fått før Psykologloven, ble det sagt. Ja, det var greit lovhjemlet. Enten arbeidet vi på sykehus, hvor de fleste kliniske funksjonærer har taushetsplikt og taushetsrett. Eller

vi arbeidet i privat praksis og kunne i den forbindelse arbeide som "leges hjelper" som også har taushetsplikt og taushetsrett - idet vi fikk henvist våre pasienter fra legen. Det er viktigere at departementet viser til spesialistordninger, fordi det er ikke uvanlig at man bruker de sedvaner og praksiser som er i samfunnet slik at de blir stilltiende overenskomster.

Jeg vet ikke om Anni von der Lippe mente det var en uforståelig sammenheng mellom Psykologloven, Kvakksalverloven og Lovom trygderefusjon. Det er klart at psykologene ikke kunne få refusjon av folketrygden før vi var kommet ut av Kvakksalverloven. Men det er en misforståelse at Psykologloven ga oss rett til å ta syke i kur. Enhver norsk borger har rett til å ta syke i kur. Man gjør dette enten som "leges hjelper" eller som kvakksalver - slik vi gjorde før Psykologloven. Kvakksalverloven innskrenker virksomheten, men det gjør vel også Psykologloven?

Så til det stadige spørsmålet om såkalt "indirekte behandlingsarbeid" av psykologer. Anni von der Lippe var inne på at i tilfelle man skal fortsette den veien, må man ta konsekvensen av det gjennom å forberede dette i studiet - og det er det vel noe i. Men jeg tror vi skal være ytterst forsiktige med å gå helt over i Grennes' resonnement: at vår hovedbeskjeftigelse blir å overvåke andres måter å behandle på - altså ingeniørens måte å drive autorisert installasjonsarbeid på. For det første er det ikke professorene i fysikk som driver veiledning av autoriserte installatører, det er tvert imot de autoriserte installatører som gjør det. For det andre: når vi opererer innen fysikken og enda mer innen mekanikken, så bruker vi modeller som ikke passer for psykologien. Vi må stikke fingeren i jorda og spørre: Skal vi gå i den retning som psykologene i Bergen har gått? For meg og mange andre ser det ut til å være en riktig vei å gå. Jeg kan vanskelig tenke meg at de i Bergen har kastet all metodetenkning og all vitenskapelighet overbord. Jeg misforsto Anni von der Lippe slik at metodekurset skulle sløyfes i første avdeling i Oslo. Hvis vi skulle være bare praktiske fra første stund, sette oss ned med klienter og si: "Hør her min gode mann, nå skal vi trene litt på Dem for jeg skal bli psykolog", da synes jeg vi ville komme dit legene er - og det er ikke noe særlig imponerende!

### Turid Grinde:

Kobberstad mente man ikke hadde lagt klientene til grunn når man laget Psykologloven. Men i Odelstingsproposisjonen, departementets framstilling av saken, bygger hele begrunnelsen på hensynet til klientene og samfunnsinteressene. Typisk nok snakker psykologer om loven mer ut fra sin egen situasjon. Ved utarbeiding av Psykologloven var det veldig lite uenighet mellom offentlige organer og psykologene. I den utviklingsfasen hadde

psykologene qua profesjon og det offentlige nesten sammenfallende interesser å få en lov som beskyttet mot kvakksalveri, beskyttet klientene og samfunnets interesser.

Fra Legeloven i 1927 til Psykologloven i 1972 skjedde en utvikling i lovgivningen, bl.a. derfor ble Psykologloven mer en fullmaktslov. Legene kom først med sin lov innen helsetjenesten. De definerte at legers virksomhet er "å ta syke i kur". De andre profesjonene måtte da definere seg i forhold til det. I Tannlegeloven står det at den som ikke er lege eller tannlege kan gjøre følgende ..., i Loven om fysioterapeuter står det at den som ikke er lege eller fysioterapeut kan gjøre følgende ... Det vil si legene fikk hele tiden samme rettigheter som de andre profesjonene. Psykologloven brøt denne tradisjonen. Det vakte sterke følelser i Lægeföreningen som i 1971 uttalte:

"Lægeföreningen finner at legers etiske og juridiske ansvarsfølelse er så utvidet og så tilstrekkelig kontrollert av lov, tradisjon og faglige organisasjoner, at det ikke er grunn til å utelukke dem fra noen diagnostisk eller terapeutisk metode."

Foreløpig er det bare Psykologloven som har brutt tradisjonen å bli definert som legers medhjelper. Senere lovgivning om helsepersonell har vært mer avgrenset, med fullmaktslover til å gi forskrifter om ulike profesjoner. En analogi til forholdet mellom leger og psykologer finner vi i forholdet mellom kliniske psykologer og andre psykologer. Psykologforeningen prøvde å lage en ny spesialitet innen rådgivning, en fagutdanning for de som ikke var klinikere. Da stilte imidlertid alle de kliniske psykologene som krav at de nye skulle definere og avgrense seg i forhold til de kliniske psykologene - som hadde tatt en viktig del av feltet.

Før man fikk Psykologloven var det et "Klondyke" med trygdekasserefusjon. Sett fra departementalt hold er det klart at man ikke ville fått trygdekasserettigheter knyttet til psykologene qua profesjon uten Psykologloven. Psykologene måtte da blitt definert som "leges hjelper", slik fysioterapeuter og andre er. Anni von der Lippe ser innsnevringene i trygderettighetene som et resultat av at det offentlige ville spare. Da overser hun at det var ledd i en generell omlegging av helsevesenet, som traff psykologene på et uheldig tidspunkt. De hadde ikke fått etablert betalingsordninger som ble fulgt mens en ventet på regler, og psykologene opplevde de strammere reglene som et tilbakeslag.

## Erik Larsen:

Vi er kommet i en paradoksal situasjon. Psykologer har som fagforening arbeidet for profesjonalisering. Så kommer en gruppe profesjonsinteresserte og spør: Er dere en profesjon? Vi svarer ja, selvfølgelig. Men så sier de at vi er ikke en ordentlig profesjon for vi mangler noe. Da må vi se på historien og spørre: Står vi som profesjon innenfor en embetstradisjon? I Norge var leger, prester og andre embetsmenn selvstendige og ble i begrenset grad styrt fra Kjøbenhavn. Embetsstanden hadde derfor store rettigheter som vi i sin tur er koplet til. Men samfunnet har endret seg. Jeg synes ikke det er så interessant når noen sier at psykologene ikke er noen ordentlig profesjon. Vi vil ikke være en profesjon som defineres bare av historien, vi vil selv være med å definere. Psykologer innen helsevesenet har vært assosiert til embetsverket. Vi er brukbare, vi har fått våre lønns plasseringer og Psykologlov. Paradoksalt nok tenker mange psykologer på generelt samfunnsarbeid, men argumenterer samtidig for "stykprisbehandling" fordi de ikke kan løsrive seg fra embetstradisjonen. På den annen side har vi gjort en god jobb som individualterapeut, inntil vi støtte an mot embetsverkets rettigheter - nemlig disposisjon over makt. Da er vi ikke en del av embetstradisjonen, og den har ikke villet gi oss rett til å administrere helseinstitusjoner - selv om vi har betydelige kunnskaper for nettopp slikt arbeid. Når vi har fått rett til å være ledere for poliklinikker for barn og ungdom, er det ikke fordi vi vurderes som spesielt kompetente. Det er fordi det ikke finnes nok barnepsykiatre innen embetstradisjonen som kan være ledere. Vi er ikke en del av embetstradisjonen ved at vi bl.a. ikke vil tvangsinnlegge folk, vi vil ikke ta ekstravakter og nattevakter. Jeg tror ikke vi er tjent med å presses inn i den tradisjonen. Vi er opptatt av å forme våre egne roller, og da har vi fått en maktkamp når vi ikke har hatt embetstradisjonen på vår side.

Jeg synes ikke det interessante er om psykologi skal være et eget fakultet. Det interessante er hva det undervises i og hvordan. Jeg tror Anni von der Lippe har rett i at psykologrollen omfatter å kunne drive individualterapi, teste, arbeide med grupper, med systemet osv. Jeg tror ingen andre kan det skikkelig. Jeg tror den vitenskapelige holdning man lærer ved universitetet i forhold til erkjennelsesteori, vitenskapsteori, er uhyre viktig. Sosionomene er kjennetegnet ved at de lærer sluttproduktet og behersker det mer eller mindre godt, mens vår styrke som yrkesgruppe er at vi kjenner betingelsene under hvilke erkjennelsen fremkom.

Når Per Nyhus hevder det er psykologer som har skapt behovet for psykologer, er det en helt apolitisk og ahistorisk forståelse. Idag er det et enormt behov for medmenneskelighet og hjelp til problemløsning. Der har man "øremerket" oss og sagt at vi som psykologer kan hjelpe til med det. Det er naivt å hevde at psykologer står i veien for medmenneskelig kontakt. Det ville vært mer naturlig å rette blikket mot den farmakologiske industri, den er en langt større trusel.



## Leif Braaten:

Jeg har noen kommentarer til diskusjonen mellom von der Lippe og Grennes. Jeg tror "The Scientist-Practitioner Model" i en viss tolkning er uheldig som essensen av vårt profesjonaliseringsbegrep. Modellen var knyttet til i USA en doktorgrad (Ph.D.), i alle fall et fagpsykologisk arbeid med krav til metodikk osv. - for så å stupe ut i klinisk arbeid. Det ble ofte et skisma mellom forskersiden og praksissiden. I Norge har vi hatt et enda klarere skisma historisk mellom puristisk eksperimentalpsykologi og klinisk praksis - de to ytterlighetene lar seg vanskelig forene. Jeg mener vi må arbeide for å redefinere hva forskning er, slik at den kan integreres med klinisk arbeid, og ta sitt utgangspunkt i klinisk arbeid. Det skal kunne bli legitimt å undre seg over problemer med en bestemt klienttype, man begynner å forske i selvforsvar for å bli en bedre kliniker. Geilo-konferansen om klinisk psykologisk forskning i regi av NAVF var et viktig skritt mot å avmystifisere forskningen og få den ned på jorda. Derfor er jeg uenig i modellen med profesjonelle skoler skilt fra universitetene, slik de nå har i USA. Jeg er enig med Grennes at vi trenger ballasten fra generell teoretisk psykologi og forskningsmetodikk, men den må bli tilpasset og integrert i vår kliniske praksis. Den er et overlegent verktøy som vi trenger - til forskjell fra sosionomene som ofte er gode håndverkere, men ikke kan stille problemene kritisk nok og takle dem på en vitenskapelig holdbar måte. Jeg håper at forskningsparadigmaet blir redefinert og tilpasset den kliniske praksis.

Når det gjelder Gjesvik ble jeg slått av at vi i hovedsak har fått en lov for kliniske psykologer. Dette sier jeg på vegne av vår profesjon som helhet, alt fra kliniske psykologer til rådgivende psykologer, organisasjonspsykologer, arbeidspsykologer og attføringspsykologer. Avtalene om trygderefusjon er som alle vet begrenset til folk med spesialistgodkjennelse i klinisk psykologi. Jeg føler at som profesjon, som ansvarlig for vår stand som helhet, så må vi fortsette å ta et ansvar for å få våre ikke-kliniske kolleger etter i vårt arbeid med å gi status og beskyttelse og oppbakking. Jeg har plukket fram til dette møtet det dokumentet som Turid Grinde refererte til, nemlig "Psykologisk Rådgivning, en Definisjon i Fem Punkter", undertegnet Leif Braaten, Arne Byhre og Magnus Rognved. Det er datert 12/1-68. Denne spesialistordningen i rådgivningspsykologi er ikke blitt knyttet til noen refusjonsordning, men jeg tror den allikevel har spilt en viss rolle. Jeg telte opp og kom til at det er ca 75 av våre kolleger som er blitt spesialister i rådgivningspsykologi. De får ikke foreløpig noen økonomisk gevinst av det i form av trygdekasserefusjon. Men de skjerper seg og tar på seg byrdene ved å skaffe seg variert erfaring, få supervisjon og gå på kurs. Hvorfor gjør de det? Det synes jeg P.A. Holters innlegg i den forrige NAVF-rapporten gir litt av svaret på. De har sans for kvalitet, for å skjønne mer, for å få mer tilfredsstillelse ved å utøve sitt profesjonelle arbeid på et høyt faglig nivå. Jeg ville håpe at våre ansvarlige organer, NPF, Psykologrådet osv., ikke glemmer disse andre kollegene innenfor vår profesjon.

Som et siste punkt er jeg veldig glad for, som Arnljot Gjesvik sa, at man har vært litt forsiktig med å definere og avgrense de metoder som skulle være spesifikke for psykologprofesjonen. En av de store farene ved å profesjonalisere (hvilket ofte betyr å byråkratisere, som vi har lært av våre sosiologkolleger) er at man fryser ting fast, at man ikke så lett kan være åpen for innovasjoner i faget fordi det står svart på hvitt hva metodene er. Med nokså generelle vendinger er man åpen for at faget vårt er i en mer eller mindre evig transcendens av seg selv.

### Harriet Holter:

Særlig Erik Larsen ga gode argumenter mot de modellene som Carl Erik Grennes brukte. Grennes nevnte naturvitenskapelige og teknisk baserte profesjoner med ekstremt liten samfunnsforståelse som profesjoner - for ikke å snakke om hvor liten selvforståelse de har når det gjelder hvilke funksjoner/oppgaver de er bærere av osv. Jeg ser ingen grunn til at vi skal bruke disse som gode modeller for profesjonsutviklingen i psykologi. Jeg ville heller tenke mer på f.eks. jurister og økonomer, som ikke har den skarpe delingen mellom vitenskapelig arbeid og profesjonelt arbeid, og som heller ikke har fullt så hierarkiske strukturer. Vi kan finne humanistiske eller samfunnsfaglige modeller for vår profesjon.

Jeg er også enig med Erik Larsen i at spørsmålet om eget fakultet ikke er så viktig. Det har mest med universitetspolitikk og universitetsmaktforhold å gjøre, det vil neppe føre til så store nyvinninger for selve fagets innhold. Innholdet vil følge oss og folkene vil følge oss. Utviklingen er mer en bekreftelse enn noen innovasjon.

For øvrig vet jeg ikke riktig hvor radikal denne Psykologloven er. Men det er vel ikke helt riktig å si som Einar Dannevig at all lovgivning er konservativ. Kanskje det meste er det, men f.eks. hele arbeidslovgivningen har ofte tatt sikte på å forandre virkeligheten. Den nye Arbeidsmiljøloven er i denne forstand en radikal lov, det samme gjelder familielovgivningen. Noe annet er at å lage radikale lover kanskje ikke er den beste måten å forandre samfunnet på.

Når Erik Larsen sier at nå har man øremerket psykologene til å ta seg av liksom "det menneskelige" og "relasjonsmessige", så er vel nettopp noe av problemet at man etterhvert begynner å øremerke sosionomene for dette. Det er vel et spørsmål om å gå slik "i bredden" som Anni von der Lippe skisserte, er fornuftig utfra rent overfladiske, profesjonstaktiske betraktninger. Man kommer dermed lett i en slik "sosionomsituasjon" hvor ingenting er suget av eget bryst. I alle fall blir det enklere for sosionomene etterhvert å utvide sin utdanning, slik at psykologer og

sosionomer blir svært like. Hvor likt det bør bli skal ikke jeg kunne si, men jeg har en følelse av at dette ikke er en helt heldig utvikling for pasienter og heller ikke samfunnsmessig sett.

### Sigmund Vangsnes:

Anni von der Lippe var fascinerende i sin nådeløse pessimisme: Psykologene har ikke noe eget spesialområde, Psykologloven garanterer dem ingenting. Veien ut av dette skulle være at man kaster loss fra universitetene og den tradisjonelle universitetsforskningen, og blir en slags generalister i menneskekunnskap. Som ikke-psykolog sitter jeg med uro og motforestillinger: En skikkelig tilknytning til forskning bør vel en ærlig og solid profesjon ha - til forskjell fra sosionomer og andre håndverkere? Kan dette være noen trygg vei for psykologene å gå? De er ikke de eneste som prøver å være "generalister". Fra før har vi legmenn og politikere, dessuten andre profesjoner. Sosiologene er jo ute og skal profesjonalisere seg for tiden, og en gruppe som etterhvert vil komme med større tyngde: sosialantropologene - som ikke bare reiser til U-landene, men som mener å forstå seg på dypere liggende behov i det norske samfunn. Så har vi psykiatrene som nå er blitt langt flinkere i psykoterapi enn tidligere. Psykologene kan regne med konkurranse!

### Ivar Lie:

Jeg skal ikke kaste meg ut i den store debatten. Bare trekke fram en side ved Psykologlovens virkninger som hittil ikke har vært nevnt, nemlig den å demme opp for etablering av alskens tilbud om psykologisk hjelp fra ikke-skolerte enkeltpersoner og fra pengeinteresserte internasjonale organisasjoner. Psykologrådet har hatt befatning med noen slike saker.

### Gjermund Tveito:

Som praktisk arbeidende psykolog er det utvilsomt betryggende å ha Psykologloven å stå på. Til innleggene om forholdene til helsevesenet vil jeg si at det medfører problemer å gå inn i nåværende helsevesen, f.eks. å gå inn med trygdekasserefusjon. Det binder til sykdomsmodeller, og det binder til bestemte systemer og måter å tenke på. Det vil utvilsomt kunne være en hindring i faglig tankegang som man vil gjøre seg om mennesker, om modning og utvikling, og i å hjelpe våre "pasienter" i et slikt arbeid.

Men jeg tror vi må ta det praktiske utgangspunkt å gå inn i helsevesenet, og se på Psykologloven i forhold til det. Vi vil da se at i praksis er Psykologloven ikke fulgt opp. Andre lover, forskrifter og forordninger er ikke ajourført. Loven er derfor bare en halvveis lov i den forstand at den gir oss lov til "å ta syke i kur". Den gir oss fremdeles ikke rettigheter og muligheter til å hjelpe våre klienter til de rettigheter som leger kan utløse til klientens fordel. Det vil f.eks. være å sykmelde på psykologisk grunnlag fordi vedkommende ikke kan arbeide. Det vil være å skrive uføretrygdesøknader. Det vil kunne være å være innleggende instans for pasienten i psykiatrisk sykehus eller klinikker, der hvor det trenges som en del av den pågående behandling. Nå vil man måtte henvise til en lege for å få dette arbeidet gjort. Det logiske vil også være ikke bare å kunne behandle min ene klient, men også å kunne behandle flere klienter. Den logiske konsekvensen av det ville være å kunne ta ansvaret i og kunne lede institusjoner, og i den forstand være den ansvarshavende i institusjoner som nå går under navnet psykiatriske institusjoner. Disse institusjonene kunne vel like godt, slik som de fungerer i dag, kalles "psykologisk/psykiatriske institusjoner". Leger og psykologer med spesialutdannelse og tilleggsutdannelse innen klinisk psykologi og psykiatri skulle kunne stille likt i forhold til ansvar og lederroller.

En oppfølging av Psykologloven er derfor sterkt ønskelig. En ajourføring av Lov om psykisk helsevern og forskrifter fra Rikstrygdeverket ville det være naturlig kom om ikke for lenge. Praksis er mange steder at psykologer foretar vurderingene, gir anbefalinger, søker sine egne pasienter innlagt, mens det kun er en leges underskrift som kan utløse samfunnsgoder som våre klienter er berettiget til. Dette er faglig uheldig, upraktisk og unødige tidkrevende for et presset helsevesen.

### Turid Grinde:

Kvakksalverloven er en underlig lov, vi har brukt den som "riset bak speilet" overfor slike grupper som Ivar Lie nevnte - selv om psykopatologi ikke er nevnt der. Kvakksalverloven definerer bare at man ikke har lov til å ta syke i kur ved visse bestemte sykdommer: sukkersyke, epilepsi, veneria, kreft - altså langt fra "sjelen". Noe helt annet er hvilken effekt det har hatt på publikum generelt at psykologene er definert ut av kvakksalveriet i Kvakksalverloven. Det har ikke så mye med jus å gjøre som med folks holdninger.

### Hallgrim Kløve:

Psykologen er definert ut av Kvakksalverloven, men Psykologloven har ikke gitt psykologene noen ny rett til å ta syke i kur rent juridisk sett. Kanskje grunnlaget for denne misforståelsen er en forandring i Kvakksalverloven som sier omtrent dette: Den som ikke er norsk lege, tannlege eller psykolog og som ikke har utstått frihetsstraff eller bodd i landet i 10 år og som ikke er omstreifer kan ikke ta syke i kur. "Som kvakksalvere" kunne man tilføye. Dette har ikke noe med å få rett til å ta syke i kur. Denne paragrafen bare fritar leger, tannleger og psykologer fra å ha plettfri vandel eller å være norske statsborgere hvis de skal ta syke i kur. Hvis du f.eks. har en dom for promillekjøring og sitter i fengsel i 21 dager, kan du ikke etterpå drive kvakksalveri - men du kan fortsatt være lege, tannlege eller psykolog.

### Erik Larsen:

Hvis vi ser på psykologiens historie, så skjer det noe spennende omtrent hvert 25. år og dette følger samfunnsutviklingen. F.eks. blir betingingslæring introdusert samtidig med en veldig urbanisering i både USA og Sovjet. Utviklingen av metodikk og erkjennelse er selvfølgelig nært knyttet til samfunnsutviklingen. Med den holdning vår kultur har til arbeidet, er det ikke rart at vi psykologer ikke får skrive ut sykemeldinger - slik Tveito nevnte. Men jeg kan tenke meg en helt annen problemstilling om 15 år når datateknikken har tatt over. Da tror jeg problemet vil bli for oss om vi egentlig vil skrive sykemeldinger.

Når det gjelder spesialistkompetanse, er det en misforståelse at psykologer med klinisk bakgrunn har vært veldig egoistiske og tenkt på seg selv. Norsk Psykologforening krevde at kandidater med 2 års veiledet praksis skulle kunne få refusjon. Kravet ble støttet både i Helsedirektoratet og Sosialdepartementet, men Finansdepartementet stoppet det. Igjen ser vi at den generelle samfunnsutvikling er en regulator, og ikke psykologers status eller mangel på velvilje. I forhold til Psykologloven er det viktig at de fleste psykologer idag har en felles grunnutdannelse. Tidligere hadde mange irrasjonelle kontroverser sin rot i at psykologene kom fra ulike miljøer og hadde ulik tilknytning.

Jeg ønsker å avmytologisere forestillinger om psykologers griskhet. Psykologloven har ikke ført til at vi har anmeldt folk som har avertert seg som psykologer uten å fylle kriteriene. Norsk Psykologforening har ikke hevdet at metoder skulle beskyttes. Norske psykologer har ført en meget lite monopoliserende politikk, i tråd med moderne profesjonsforståelse. Jeg kan være enig med Harriet Holter i at sosionomene etterhvert blir hjelperne og trøsterne innenfor "hjelp- og trøsteapparatet". Men de har

neppe så stor makt som vi har, for da ville de ha fått en egen lov som regulerte deres virksomhet. Jeg tror man tenker seg psykologer i mange posisjoner i fremtiden, og Psykologloven skal beskytte denne utviklingen. Et premiss er at vi kan være grundige og fungere i bredden. Det er ikke noe reelt motsetningsforhold mellom å kunne mye på mange felter og å være dyktig. I praktisk psykologisk arbeid idag har det oppstått et begrep "psykologarbeid", det er samtidig en operasjonell definisjon av hva psykologer skal gjøre. Jeg er ikke så redd for at alle andre i fremtiden kommer til å bruke Rorschach og individualterapi og arbeide med systemer. Basis for slikt arbeid er vår forskningstilknøytning, forskningen stiller nødvendige kriterier og korrigerende spørsmål.

### Bjørn Karlsen:

Jeg undret meg over at en gammel materialist som Grennes i så stor grad lot forestillingene diktere virkeligheten. Jeg har studert psykologi i Bergen og oppfatter studiet helt ulikt Grennes. Det har aldri vært meningen at Bergensmodellen skulle utdanne ateoretiske praktikere. Tvert imot er den praktiske kliniske ferdighetstreningen nær knyttet til basalvitenskapene, som er utgangspunktet.

De som hittil har diskutert Psykologloven, var stort sett psykologer da loven ble til. Noen mente loven ikke ga noe nytt for praktiserende psykologer. Men vi må ta utgangspunkt i at psykologien i de siste 25 år har ekspandert internasjonalt, både i antall stillinger og ikke minst på kunnskapsområder. Psykologloven gir studenter og nye psykologer en trygghet, en holdning som gjør det lettere å bevege seg inn på utradisjonelle områder. Da er det viktig å ha en faglig identitet og at denne identiteten kan kanaliseres gjennom en beskyttet yrkestittel.

### Turid Grinde:

Vangsnes spurte om det var enestående med norsk psykologlov. Den var vel første slike lov i Europa, men det er nå vedtatt lover i flere land. Den norske loven ble brukt som modell ved utformingen av psykologlov i Sverige, men loven ble tilpasset nasjonale forhold. Psykologloven har blant annet praktisk betydning i forbindelse med felles europeisk arbeidsmarked. Dette er særlig aktuelt for oss i forhold til de nordiske landene. Det er et problem at utdanningsnivået for psykologer varierer meget sterkt i de europeiske land, enda mer enn for legene.

Jeg vil understreke at Psykologloven ikke er en lov bare for de kliniske psykologene, men for psykologene generelt. En annen sak er at man har hatt andre lover innen helsevesenet, slik at man har hatt særlig bruk for Psykologloven der. Da jeg tok opp problemene med å avgrense innen psykologien, gikk det ikke på da rådgivningsspesialiteten ble vedtatt i Psykologforeningen i 1968, men da forslaget falt i 1965. Jeg følte det som en veldig skjevhet at de kliniske psykologene definerte sitt område først, og så sa at andre skulle avgrense seg i forhold til dem. Hvis man hadde krevd at begge felt skulle avgrenses samtidig, så hadde begge grupper fått de samme problemer. Vi ser det samme i forholdet mellom profesjonene. Det er lett å si at det som vi gjør er vår virksomhet, så kan dere andre beskrive hva som er karakteristisk for deres arbeidsområde. Det er en helt annen situasjon enn om to profesjoner som har en del tilfelles, samtidig skal definere sine områder og komme fram til en avgrensing.

### Einar Dannevig:

Jeg vil ikke delta i drakampen om Bergen eller Oslo, men er det bare mitt inntrykk at det kommer flere forskningsrapporter fra Bergensområdet enn fra Osloområdet?

### Hallgrim Kløve:

Det stemmer. Det kommer også flere søknader til NAVF fra Bergen enn fra Oslo.

### Paulus Steen:

Jeg kommer langt ute fra utkanten av faget vårt og jeg lurer på: I hvilken grad kan denne diskusjonen være nyttig for oss? Jeg utøver faget i mye av et vakuum, det er ikke andre rundt meg som profilerer meg. Et av mine problemer er at jeg sjøl er nødt til å bevare ett eller annet intakt som er meg selv som psykolog - på en slik måte at jeg vet hva jeg er, jeg vet hva jeg gjør og jeg vet at jeg er noe annet enn de andre. Ikke vet jeg om det er rimelig å kreve av en lov at den skal hjelpe meg med det problemet, men det er kanskje rimelig å diskutere det problemet når man er opptatt av Psykologloven. Vi snakker her som om vi var én profesjon og én kultur - mens vi vel på mange måter ikke er det. Hvis vi er det, burde vi avklare

hvordan. Jeg tror sjøl at i profesjonaliseringsdiskusjonen er vi egentlig opptatt av identitetsproblemer, som det er nødvendig for oss å holde fast ved og ta vare på. Jeg vil bare si det slik: Hva er psykologi til forskjell fra alt annet? Går det an å bli klokere på det, tror jeg vi gjør noe nyttig.

### Arnljot Gjesvik:

Noen av de innleggene jeg synes best om, er kommet fra folk jeg ikke kjenner. De var kanskje studenter den gangen Psykologloven ble lagd. Det siste innlegget tok for seg spørsmål som: "hvilken identitet har jeg som psykolog?", "hva har jeg å stå på?", "har vi noe som er felles som binder oss sammen?" Jeg må si at følelsen av det har bølget frem og tilbake. Jeg tror Psykologloven er et hensiktsmessig instrument. Men det er helt opp til oss å få til om den blir det og på hvilken måte den blir det. Jeg fornemmer det her som jeg synes alltid har ridd psykologgruppen, at det er en enorm vanskelighet å bli enig innbyrdes om visse minimumsbetingelser for hva som er felles.

### Anni von der Lippe:

Det er sannsynligvis en gjentakende foreteelse i utviklingen av en profesjon som alltid vil ha både akademiske og ikke-akademiske røtter, at de som henter sin kompetanse ensidig fra den vitenskap profesjonen springer ut av, vil beskyldte yrkesstudiet og profesjonsutøverne for å fremme et teknisk yrke. Yndet blant psykologer er å true med at de da vil bli lik sosionomer. Eller hentet fra dagens eksempel: Den profesjonelle fysiker vil ikke bli ingeniør, men elektriker. Den påfølgende idé fra de ikke-profesjonelle er gjerne at de selv må kunne lære opp de profesjonelle: fysikeren må kunne lære opp ingeniøren. Det siste ledd i argumentasjonen er noen ganger at kanskje kunne en hoppe over ingeniørleddet helt, og la fysikeren lære opp elektriker/teknikeren. Dette er en tilbakevendende idé hos flere forskere på Psykologisk institutt i Oslo. Kanskje det kunne greie seg med at de - forskerne - lærte opp paraprofesjonelle psykologhjelpere, siden det ikke er særlig grunn til å tro at den hjelp psykologer gir til klienter, trenger et vitenskapelig studium. Det er dette syn Carl Erik Grennes gjør seg til talsmann for.

Det jeg adresserte meg til i mitt innlegg, var et helt annet emne, nemlig at Norsk Psykologforening ikke alltid har skjelnet mellom fagforeningspolitikk og profesjonspolitik. Med dette mener jeg at foreningen i sitt arbeid for å sikre psykologenes rettigheter hva gjelder lønns- og arbeidsforhold, i senere år har forsømt oppgaven å høyne krav til og øve



kontroll innad over medlemmenes faglige standard. Det betyr ikke at standarden blant psykologer er blitt lavere, men at foreningen har vært nølende med å knytte spesifikke faglige krav til rettigheter. Det siste pleier å være et ledd i et fags utvikling mot en profesjon. Et skille mellom profesjonspolitik og fagforeningspolitikk er den større uttalte forpliktelse til å utvikle faget som ligger i profesjonspolitikken.

Diskusjonen etter mitt innlegg har avdekket en del engstelse for at det å utvikle en bredspektret, velutdannet profesjonell psykolog, er å gi opp forskningstradisjonen. Vangsnes trekker f.eks. inn spørsmålet om psykologene vil forlate universitetet helt. Det har vært tilløp til å danne egne psykologiske utdannelsesinstitusjoner i f.eks. USA, men sannsynligvis vil disse ikke overleve. Profesjonaliseringen vil heller føre til et behov for større autonomi innen universitetssystemet gjennom egen fakultetsdannelse i likhet med f.eks. medisinerne. Det vesentlige i denne debatten er vel å fremheve spenningen mellom profesjons- og forskningstradisjonen og å erkjenne at vi ikke fant en fruktbar løsning da vi trodde vi kunne utdanne både en forsker og en praktiker med lik kompetanse i begge fag. Problemet er å unngå at vi utdanner en fuser i begge håndverk. Det jeg selv er mest opptatt av, er at universitetet ved hjelp av forskere og praktikere ikke bare dyktiggjør kommende profesjonsutøvende psykologer, men at opplæringen fremmes på en måte som vil føre frem til en mer hensiktsmessig forskning enn den vi har i dag. Langt alvorligere enn spørsmålet om fysikeren og teknikeren er spørsmålet om hva slags forskning, forskning om hvilke typer problemer og med hvilke metoder vi skal dyktiggjøre våre studenter, og om klinisk forskning noen sinne kan trives innen et universitet og i tilfelle hvordan. Dette er det gamle problem om hvorvidt de modeller for forskning som passer basalfagene, også passer for alle de oppgaver profesjonen står overfor. Det å tro at de ikke-profesjonelle forskere med sine metoder skal kunne hjelpe de profesjonelle med deres forskningsproblemer eller deres kunnskapsproblemer mer enn et stykke på vei, er i min oppfatning urealistisk. Når Dannevig tror at jeg mener at metoder skal avskaffes eller at metodeopplæring skal avskaffes, så mener jeg ikke det. Jeg tror derimot at det er nødvendig å balansere opplæring i den type metoder som er knyttet til basalfagene eller laboratorieforskningen med andre typer profesjonsrelevant forskning som nytter de profesjonelle metoder som forskningsmetoder. Det er jo dette som allerede skjer på Psykologisk institutt i Oslo, bl.a. i omleggingen av studiets 1. avdeling og som Psykologisk institutt i Bergen er mer eksplisitt på. Utviklingen av en profesjonell skole som studiet i Bergen tenderer mot, går ikke på bekostning av forskning. Dannevig har allerede nevnt at forskningsbevilgningene til Bergen har gått forbi Oslo. Å intensivere profesjonsutdannelsen betyr kanskje å gjøre den mindre forskningsmetodisk i omfang, men det gir også mulighet for å fremme en forskning som oppleves relevant for profesjonens kunnskapsbehov. Jeg mener det er dette vi bør samle og ikke splitte våre krefter på i fremtiden.

Grinde var inne på at trygderefusjonsretten må forstås i en større politisk sammenheng. Dette er jeg mer enn klar over, og er en av grunnene til at psykologer ikke bør få uinnskrenket tilgang til et system som bør begrenses, fordi det representerer en lite heldig bruk av ressurser på sikt.

Kobberstad var inne på at Psykologloven gir anledning til en forskrifts-utvikling som gjør at psykologene gjennom Psykologrådet kan komme i en maktposisjon hvor de annekterer metoder og områder og forbeholder seg retten til endel oppgaver. Jeg er enig med Larsen, som sier at psykologene viser stor varsomhet med denne type maktpolitikk. Gjennom Psykologrådet hadde psykologene anledning til å prøve å monopolisere metoder gjennom lovens § 4, men avstø fra dette. Psykologforeningen sluttet seg også til dette syn. Jeg mener det er innebygget en god del måtehold og realisme i vår profesjon. Våre omliggende profesjoner ville dessuten slå ned på forsøk på metodemonopolisering fra psykologenes side.

## OM PSYKOLOGPROFESJONENS IKKE-AKADEMISKE RØTTER

Bjørn Christiansen, Psykologisk institutt, Universitetet i Bergen

### Om profesjonenes vitenskapelige og ikke-vitenskapelige røtter.

På NAVF's Utredningsinstitutt's profesjonskonferanse på Lysebu i april 1977 holdt professor Tore Lindbekk et foredrag om profesjonenes forskningstilknytning - en tilknytning han karakteriserte som en myte med enkelte modifikasjoner. Jeg vil i det følgende gjengi noen av hovedpunktene i Lindbekks foredrag.

De yrker som gjerne betegnes som profesjoner, har som formål å utføre bestemte praktiske oppgaver. De oppøver og forvalter ferdigheter og innsikter avledet av praksis. Gjennom praksis utvikles og forbedres redskaper, formes ny innsikt og nye tilnæringsmåter. Den kunnskap som utnyttes og utvikles, er primært praktisk. Den praktiske kunnskap som forvaltes, er basert på og forbinder seg med andres innsikter og erfaringer overlevert gjennom profesjonell tradisjon og profesjonelt kontaktnett. Når alt kommer til alt er det en god del likhetspunkter mellom profesjonene på den ene side og de gamle håndverkerlaug på den annen.

Selv om det ikke alltid har vært slik er profesjonsutdannelsene idag assosiert med universitetsstudier, med teoretisk kunnskap og forskningsbasert viten. Det snakkes ofte om praksis som anvendt vitenskap og om universitetsundervisningen som forskningsrelatert og forskningsbasert.

Lindbekk legger vekt på at det i den profesjonelle yrkesutøvelse inngår teoretiske kunnskapskomponenter, og at det praktiske arbeid kan resultere i teoretiske nyvinninger. Hans hovedpoeng er at den teoretiske og praktiske kunnen i alminnelighet ikke er så nært sammenvevd som det gjerne blir fremstillet, og at det er flere grunner for at det er slik.

En profesjon har som oppgave å løse påtrengende dagsaktuelle praktiske problemer. Det er sjelden eller aldri rom for å finne frem til de idéelle løsninger. Profesjonsutøveren må handle ut fra foreliggende omstendigheter og på en måte som er akseptabel blant fagfeller som har erfaring med tilsvarende problemer. Det er altså et tidspress, og det er også alltid et sosialt press til stede.

Et profesjonsrettet studium vil som regel omfatte undervisning ikke bare i praktiske fag, men også i almene teoretiske fag - såkalte basalfag. Vanligvis vil de almene fag utgjøre hovedtyngden av studiets innledende stadier. I alminnelighet vil det foreligge et visst spenningsforhold mellom disse to typer av fag.

Basalfagene representerer fra praktikerens synspunkt de grove forenklinger - en søken etter almene lovmessigheter, etter en sannhetsgehalt som kan være interessant i og for seg, men som vanligvis ikke er til stor hjelp i den daglige, ofte infløkte praktiske arbeidssituasjon.

Fra basalforskerens side representerer de praktiske fag ofte løs og spekulativ viten, antagelser mer enn kunnskap, og praktikerens nytte kan endog bli sett på med betydelig skepsis.

For profesjonsutøveren og praktikerens vil de almene fag som oftest oppleves som hjelpediscipliner, som bakgrunnsfag, som verdifulle enkeltheter og som forenklinger (som av og til går ut over det tillatelige), som nyttige bidrag som dog ikke i seg selv gir de helt sentrale holdpunkter for den praktiske virksomhet. Basalforskeren blir ofte teoretikeren uten forståelse for kompleksiteten i den praktiske hverdag.

Selvsagt drives det også forskning på felter som er direkte praktisk relevant. Den praktisk rettede forskning vil imidlertid sjelden være teoretisk og metodisk stringent, og dens design sjelden balansert og elegant. Den skolerte basalforsker vil i alminnelighet ikke ha problemer med å påpeke svake punkter og kritiske mangler.

Et viktig poeng ved basalforskningens plass innenfor et profesjonsstudium er at den kan bidra til å gi profesjonsutøverne et reflektert forhold til eget virke. En kan stimulere til vitenskapelig innsats, ikke primært til grenseoverskridende problemorientert forskning, men til målemetodeorientert forskning, og til systematikk av egne erfaringer. Basalforskningen vil dessuten være med på å knytte forbindelseslinjer til andre fag, og til å holde åpen en toveis kommunikasjon mellom teoretisk og praktisk kunnskap.

Oppsummering: Profesjonene har røtter som går i forskjellige retninger. Blant de to hovedrøtter går den ene, oftest den kraftigste, i ikke-akademisk retning, mens den annen, oftest den mest lovpriste og iøyenfallende, gror inn i akademias laboratorier og tenkekamre. Begge røtter er nødvendige for profesjonstreets vekst og utvikling. Begge har derfor behov for oppmerksomhet.

### Psykologprofesjonens selvforståelse

Når man ved universitetene snakker om psykologiens historie, er det i alminnelighet psykologiens akademiske historie det siktes til. Hva som

står i fokus er psykologiens paradigma-utvikling gjennom assosiasjonisme, strukturalisme, funksjonalisme, gestaltisme, behaviorisme etc.

Før jeg går inn på fagets ikke-akademiske røtter, vil jeg knytte noen kommentarer til psykologenes selvforståelse. Jeg vil her ta utgangspunkt i et synspunkt som kom frem i professor Einar Thorsruds foredrag på Lysebukonferansen for to år siden.

Synspunktet kan sammenfattes slik: På mange samfunnsområder skjer det en stadig større spesialisering og nye yrkesgrupper oppstår. Innenfor legeprofesjonen har det etterhvert utviklet seg ikke mindre enn 40 medisinske spesialiteter. Og i naboområdet til medisinen er det bl.a. dukket opp en ny profesjon - psykologene - som har vokst fra et antall på under 10 i trettiårene til omkring 900 idag, og som ventes å vokse til nærmere 4000 ved neste århundreskifte.

Den økende spesialisering og profesjonalisering har ført til skadevirkninger. Det stadig større antall fagfolk - med spesialkompetanse innenfor bestemte fagområder - fører til at folk flest blir mindre selvhjulpne og mer avhengig av faglig ekspertise på flere og flere områder. Etter hvert som det blir flere fagfolk blir det færre frie og uavhengige mennesker med vilje og evne til å ta ansvar for egen livssituasjon. Følgelig: Det er grunn til å tro at profesjonaliseringen i seg selv er klientskapende.

Dette er et perspektiv som står i klar kontrast til de fleste praktiserende psykologers selvforståelse når det gjelder egen yrkesetikk og yrkesutøvelse (frs. P.A. Holters foredrag på Lysebukonferansen). Det står i skarp kontrast til den forståelse psykologene er bærere av når det gjelder utbredelsen av og årsakene til mentale funksjonssvikt og psykiske problemer i befolkningen.

En anelse om at de mentalhygieniske forhold i vårt samfunn ikke er såre vel, og at det her ligger store arbeidsoppgaver og venter, var et kjennetegn ved de få som påbegynte psykologistudiet i 20- og 30-årene, og ved de mange som påbegynte studiet i midten av 40-årene.

I begynnelsen av 60-årene var det ikke lenger snakk om en anelse, men om en forvissning som kunne underbygges med data fra epidemiologiske undersøkelser. Jeg sikter til Alexander Leighton og medarbeiders studier over Sterling County på New Foundland, Gustav Jonson og Anna-Lisa Kälvestens undersøkelse over Stockholmsgutter i alderen 8 til 15 år, og til Leo Scrole og medarbeideres intervju-undersøkelse på Manhattan i New York.

I den siste undersøkelsen viste resultatene at 20% av befolkningen hadde en vesentlig nedsatt funksjonsevne på grunn av psykisk lidelse eller avvik. New York City er selvsagt et nokså spesielt sted som det ikke finnes paralleller til i Norge.

Det samme kan vanskelig sies om de steder den kanadiske undersøkelse hentet sine data fra. Konklusjonen var her at 32% av den voksne befolkning innen hva som svarer til en norsk kommune, ved tidspunktet for undersøkelsen hadde en klart nedsatt funksjonsevne på grunn av atferdsproblemer eller psykiske problemer.

Stockholmsundersøkelsen ga resultater som ikke avviker stort fra det samme mønster. En fjerdedel av guttene fremviste symptomer som indikerte behov for psykologiske hjelpetiltak.

Det er lite interessant å spekulere på hvilke registreringsfeil og hvilke utvalgsskjevheter som kan ha gjort seg gjeldende fra undersøkelse til undersøkelse. Hovedkonklusjonen vil ikke kunne rokkes: Psykiske lidelser er meget utbredt - endog mer utbredt enn fagfolk flest tidligere har vært tilbøyelig til å anta - og disse lidelser går på tvers av aldersgrupper, kjønn, bosted, sosial klasse og etnisk bakgrunn.

Påvisningen av den store utbredelse av mentale lidelser og forstyrrelser vekker ganske naturlig interesse for hva som kan gjøres på det forebyggende plan. Leightons data peker på at sosial integrasjon og disintegrasjon innen lokalsamfunnet kan være en relevant faktor. Men at man her står overfor problemer av en umåtelig kompleksitet fremgår av at hans sammenlikninger mellom ekstreme lokalmiljøer nok ga en del statistisk signifikante forskjeller, men ikke så klare forskjeller at det ikke fortsatt er spillerom for alternative forklaringer.

De forskningsrapporter jeg nettopp har referert var alle basert på data innsamlet i femtiårene. Til tross for uttalelser fra enkelte dommedagsprofeter, er det lite som tyder på at situasjonen har endret seg vesentlig - verken til det bedre eller til det verre i løpet av de siste 25 år. Utbredelsen av mentale lidelser og funksjonsforstyrrelser er blitt mer erkjent, det har blitt lettere å få profesjonell hjelp, og det er blitt mer akseptert å gi uttrykk for problemer og for behov for psykologisk hjelp. Men dette kan like så godt tolkes som uttrykk for et økt ansvar for egen livssituasjon, som for det motsatte.

Vi har ingen sikre holdepunkter for å si at utbredelsen av mentale lidelser var større eller mindre i eldre tider enn i våre dager. Forutsatt at det er en sammenheng med sosial disintegrasjon, med svekkede sosiale nettverk og med svekkede tilhørighets- og samhörighetsopplevelser, er det like fullt grunn til å anta at forskjellige lokalsamfunn opp gjennom tidene har gjennomgått store endringer nettopp på dette området - som følge av demografiske endringer, klimatiske endringer, sykdomsepidemier, endret næringsgrunnlag og forskjellige inngrep i lokalsamfunnet fra storsamfunnets side. En må ikke glemme at store befolkningsgrupper i vårt land inntil ganske nylig har befunnet seg i en eksistensmessig marginal posisjon, hvor selve det å overleve fra år til år har vært det avgjørende spørsmål. Det er lite som tyder på at armod og fattigdom er mentalhygieniske aktiva.

Oppsummering: Psykologprofesjonens fremvekst over de siste 50 år har nøye sammenheng med erkjennelsen av utbredelsen av psykiske avvik og lidelser. Denne økte erkjennelse reflekterer neppe noen endring i de faktiske forhold. På den annen side: En erkjennelse av at ikke alt er som det burde være, fører neppe til handling, til yrkesaktivitet og til studiesøkning, og til etablering av en ny profesjonsutdanning, hvis det ikke samtidig foreligger en tro på at noe kan gjøres, at det foreligger metoder som er virksomme, og at disse kan læres og anvendes. Psykologprofesjonens fremvekst har nøye sammenheng med tilgjengeligheten av nye psykologiske virkemidler. Men bak det hele ligger selvsagt også samfunnets økonomiske vekst og overskudd, som muliggjør deltakelse i klient- og behandlerrollen.

### Om tilgangen på psykologisk hjelp

I en landsomfattende amerikansk survey-undersøkelse som ble foretatt i 1960, svarte 25% av befolkningsutvalget at de hadde eller hadde hatt behov for hjelp med personlige problemer. Blant denne fjerdedel av befolkningen, opplyste 40% at de hadde søkt faglig hjelp. På spørsmål om hvor de hadde søkt hjelp, svarte 51% at de hadde søkt hjelp hos prest, hos lærer eller hos sosialarbeider, 29% at de hadde søkt hjelp hos familielege eller almenpraktiserende lege, og 20% at de hadde søkt hjelp hos psykolog eller psykiater. Fagfolk med mentalhygienisk spesialutdanning, så som psykologer og psykiatere, viste seg altså bare å ha hatt kontakt med ca. 3% av befolkningen.

I en norsk gallup-undersøkelse fra 1969 opplyste 79% av befolkningsutvalget at de hadde truffet, hørt eller sett en psykolog. 24% opplyste at de hadde truffet en psykolog personlig - men for svært mange hadde dette skjedd i forbindelse med arbeid, kurs, møter eller selskapelig samvær. Undersøkelsen antyder at ca. 5% av befolkningen hadde hatt kontakt med yrkesutøvende psykolog; ca. 3% i forbindelse med egne problemer og 2,5% i forbindelse med barns problemer.

Hvor søkte vår tids psykologklienter hjelp før psykologprofesjonen var etablert?

Et svar er allerede nevnt, nemlig at våre dagers psykologklienter i tidligere tider var frie og uavhengige mennesker med vilje og evne til å ta vare på seg selv; altså at våre dagers klienter tidligere ikke hadde behov for hjelp.

Et annet svar vil være å trekke frem resultatene fra den nettopp omtalte amerikanske undersøkelse, at 80% av de som opplyste at de hadde søkt hjelp, oppga at de hadde søkt hjelp hos prest, lærer, lege og sosialarbeider.

En nærmere utspørring ville sikkert ha bragt for dagen at en ganske stor gruppe også hadde søkt hjelp hos en naturlege, en klok kone, en magnetisør eller hos en annen psykologisk kvaksalver-variant.

Yrkeslisten i enhver amerikansk telefonkatalog dokumenterer klart at det er mange som kan tilby sin hjelp med personlige problemer, mentale problemer og ekteskapsproblemer. Inntil omkring 1960 var majoriteten av de oppførte personer under psykologi, ikke fagpsykologer med adekvat utdanning (ut fra den amerikanske psykologforenings krav til utdanning). I en amerikansk utredning fra 1956, uttales det:

"Det er blitt skjønnsmessig beregnet at det i årene 1947 til 1952 fant sted en slik vekst i tallet på ukvalifiserte psykologiske praktikere at deres antall i landet som helhet steg til 25 000, og deres samlede årlige inntekt utgjorde 375 millioner dollar, et beløp som etter sigende omtrentlig svarer til 5% av landets samlede helsestellutgifter." (Hoch, 1965).

I en landsomfattende norsk gallupundersøkelse i 1949 opplyste 14% av befolkningsutvalget at det hadde vært i kontakt med en kvaksalver, en naturlege, en klok kone eller liknende.

I en landsomfattende gallupundersøkelse i 1974 opplyste 10% av intervjuobjektene at de hadde oppsøkt en kvaksalver.

I en landsomfattende undersøkelse i 1977 opplyste 79% at de hadde tro på urtemedisin, 47% at de hadde tro på homøopati, 43% at de hadde tro på at det finnes folk med helbredende krefter eller evner, og 33% at de hadde tro på helbredelse gjennom religiøs handling. På direkte spørsmål oppga 19% at de selv hadde erfaring fra slik behandling.

I en bok om Solveig Fiskerud, som ble utgitt i 1975, kan man i forordet lese om følgende tildragelse:

"Ifjor vår brakte landets aviser store oppslag om at telestasjonen i Kongsvinger brøt sammen og var ute av drift en hel dag. Årsaken var at en husmor på Rasta, like utenfor byen, dagen før hadde rykket inn en annonse i distriktets aviser om at hun gjenopptok praksis etter et par måneders pause. 2000 personer ringte nummeret hennes i løpet av en time. Dette ble for mye for telestasjonen i Kongsvinger". (Møller, 1975).

I forbindelse med revisjonen av den norske kvaksalverlov i 1936, ble det gjort forsøk på gjennom landets fylkesleger å få en oversikt over antall personer som, uten å være norsk lege, helt eller delvis ernærte seg ved sykebehandling. Fylkeslegenes meldinger ga et anslag på ca. 150 personer.

Går vi bakover i tiden blir våre tallmessige holdepunkter mer og mer usikre. At det i det norske bygdesamfunn har eksistert såkalte bondedoktorer og presteleger i et stort antall både på 17. og 18. hundretallet er utvilsomt. At kloke koner og vise menn har hatt store klientgrupper, er det utallige beretninger som vitner om.



Fra sagatiden vet vi at enkelte personer ble ansett for å være i besittelse av spesiell trolldomskyndighet som bl.a. kunne utøves til å helbrede sykdommer og til å skaffe folk som hadde mistet vettet, vettet tilbake, og til å se inn i fremtiden. Redskapet var å seide, hvilket i vår terminologi vil si å kunne frigjøre sjelen fra legemet og kunne farte avsted, og herigjennom kunne påvirke kreftene i naturen. Etter sagafortellinger å dømme har seidkoner og seidmenn hatt et stort publikum. Det er sannsynlig at det allerede i vikingtiden eksisterte en viss rolledifferensiering mellom den kroppslige legekyndige på den ene side og seidfolket på den annen.

I middelalderen kom munkemedisin til å spille en stor rolle. De første klostertskoler ga også en viss legeopplæring. De første kristne prester ble oppfordret til å drive legevirksomhet. På 1200-tallet kom imidlertid en pavelig forordning som forbød prester å beskjeftige seg med sårbehandling og kirurgiske inngrep. Deres legehjelp skulle begrenses til såkalte innvendige sykdommer.

Legevirksomheten i middelaldersamfunnet utgjorde et sammensatt bilde. Utover landet virket selvlærte sårleger, og i byene påtok barbererne seg kirurgiske oppgaver. Barberkirurgene dannet etterhvert sine egne håndverkslaug med tariffmessig betaling for årelating og andre ytelser. Det første bartskjærerlaug i landet ble opprettet i Bergen på begynnelsen av 1400-tallet.

Middelalderens universitetsutdannede leger var boklærde mer enn praktiskere. Praktisk kirurgi inngikk ikke i utdannelsen og lå utenfor deres interesse og ferdighetsområde. Kirurgi var et håndverk, og lå utenfor hva som passet seg for en universitetslært lege. Først på midten av 1500-tallet ble disseksjon innført som en obligatorisk del av universitetets legeopplæring. Ennå tok det flere hundreår før indremedisin og kirurgi ble fullt integrert i den samme utdannelsen.

Den første fast ansatte universitetsutdannede lege kan i Norge tidfestes til 1603. Ennå i 1750 var det i hele landet bare 5 embetsleger, 5-6 privatpraktiserende og 3-4 kirurger med høyere utdanning. I 1824 var legetallet steget til 125, og i 1924 til 1 544.

Det er ingen tvil om at mange prester opp gjennom tidene har utført en betydelig legevirksomhet når det gjelder innvortes sykdommer. Etter hvert som utdannede leger ble mer tilgjengelige, synes presteskapet stort sett å ha vært mer enn tilfreds med å få slippe ut av legerollen. I en stilling for seg står de såkalte sjelelige sykdommer og mentale lidelser av forskjellig art. Dette var felt hvor de medisinsk-vitenskapelige utdannede leger ikke hadde mye å tilby av viten og behandling. I mange kretser ble derfor presten lenge sett på som en mer naturlig hjelpeinstans enn legen når det gjaldt slike lidelser. Ennå ser vi spor av dette i det

forhold at f.eks. 14% av den norske befolkning (ifølge gallupundersøkelse fra 1969) oppfatter prestene å være den yrkesgruppe som besitter den største menneskekunnskap.

Oppsummering: En persons søken etter hjelp for personlige problemer i vårt moderne samfunn kan gå i mange retninger. Den kan gå i retning av psykolog, men også i retning av lege, prest, sosialarbeider, lærer eller annen form for uautorisert helsepraktiker. Psykologen er en nykommer i dette selskap. Går man litt bakover i tiden vil man finne at prestens posisjon var sterkere enn den er idag. Det er også grunn til å tro at helsepraktikerens posisjon er blitt svekket. I de tidligste tider var det formodentlig trollkoner og trollmenn som dominerte bildet.

### Om psykologprofesjonens teknologi

Utviklingen av psykologi som et selvstendig universitetsfag har nøye sammenheng med den eksperimentelle laboriepsykologis fremvekst i Tyskland for 100 år siden. Alle universiteter med respekt for sin egen grunnidé, måtte ha og fikk etterhvert sitt eget psykologiske laboratorium. I en lærebok i psykologi, publisert ca. 1910, kan man lese: "Eksperimentalpsykologiske laboratorier forefinnes nå i alle siviliserte land."

I det psykologiske laboratorium kom naturligvis psykologisk målingslære til å innta en sentral plass. Og når man først sysler med psykologisk eksperimentering og måling, er ikke skrittet langt til å forsøke å finne bedre løsninger på mange praktiske spørsmål enn hva man tidligere har hatt muligheter for. Eksperimentalpsykologien ga støtet til fremveksten av en anvendt psykologi, til et arbeidsområde som i Tyskland og flere andre steder fikk betegnelsen psykoteknikk.

Den nye anvendte psykologi kastet sitt blikk i mange retninger. Allerede før første verdenskrig hadde psykologien gjort sitt inntog i bedrifts- og arbeidsliv, i yrkesveiledning og personaluttak, og især i Amerika også innen skolevesenet og helsesektoren.

Det fysiologisk-psykologiske laboratorium ved Sorbonne universitet ble grunnlagt i 1889. Fra 1894 til 1911 var Alfred Binet laboratoriets bestyrer.

De nye intelligenstestene som ble utgitt av Binet og medarbeidere fra 1905 og utover, oppnådde en fantastisk rask spredning på tvers av landegrensler, geografiske og språklige barrierer. I løpet av noen få år var testene i bruk i nesten alle verdenshjørner. Den japanske oversettelse av 1905-skalaen var klar i 1908, og i 1918 fulgte en standardisert japansk utgave av testen. Den engelske oversettelse av 1908-skalaen var ferdig i 1911, og i 1921 kom den engelske standardutgave. En amerikansk oversettelse av 1905-utgaven synes å ha vært klar allerede samme år, og i 1911 forelå en amerikansk standardisering, og noen få år etter - i 1916 - den reviderte og standardiserte Terman-Stanford versjon. De første australske testversjoner var visstnok også på markedet allerede i begynnelsen av 20-årene.

Når det gjelder vårt eget land, vet vi at Binets 1908-skala ble tatt i bruk i norsk oversettelse året etter, og at 1911-skalaen ble tatt i bruk i Bergen samme år som den ble utgitt i Frankrike. Den norske standardisering var først klar i 1931, men den forberedende datainnsamling tok til allerede i 1923.

Tekstkonstruksjon ble ved århundreskiftet en viktig beskjeftigelse for de psykologiske universitetsinstitutter, og testadministrering en tilsvarende viktig oppgave for psykologer som gikk ut i det praktiske arbeidsliv, om det nå var i skolen, i industrien eller ved medisinske institusjoner. Den nye målingsteknologi var et produkt av den psykologiske vitenskap - selv om man vanskelig i samme forbindelse kan snakke om noen egentlige tematisk-teoretiske landevinninger. Psykologien hadde frembrakt og psykologene hadde fått sin egen diagnostiske teknologi.

Den første egentlige psykologstilling som ble opprettet i Norge, var bestyrerstillingen ved det psykotekniske kontor ved Oslo fag og forskole for håndverk i 1925. I en beretning samme år gir bestyrer Helga Eng denne beskrivelse av virksomheten:

"Binets intelligenstest blir nu her i landet anvendt i skolen for å prøve de svaktbegavede barn som skal overflyttes til særskolen, og likeledes i rettspleien og psykiatrien. I almindelighet benyttes Binets eller Termans intelligensskala ..... Det er også gjort forsøk med gruppeprøver. Psykotekniske prøver er her i Norge for første gang tatt i bruk i Oslo fag og forskole for håndverk i begynnelsen av året 1925. En prøve for settere efter mønster av O. Lipman blev først forsøksvis utført av direktør J.G. Lund, boktrykker M. Kirste og dr. P. Collett, (PhD Göttingen 1914, assistent Psykologisk institutt 1925-26); dr. Collett foretok sammen med boktrykker Kirste ennu en setteprøve og offentliggjorde en beretning om resultatene. Senere har dr. Helga Eng efter inntrengende oppfordring overtatt ledelsen av forsøkene og har i årets løp utarbeidet psykotekniske prøver for metallarbeidere, gullsmeder og skreddere, senere også for tapetserere og snekkere, og har utført dem praktisk som opptagelsesprøver for ansøkere til håndverksforskolene. Omkostningene blev i begynnelsen bestridt dels av laugene, dels av Norges håndverksforbund og Norges industriforbund." (p. 102).

Psykoteknikkens inntog i Norge skjedde gjennom idéstrømninger fra Tyskland. Allerede under krigen 1914-18 ble det ved de tyske statsbaner tatt i bruk psykotekniske prøver for utvelgelse og opplæring av lokomotivførere. I årene som fulgte (1920-23) ble slike prøver tatt i bruk av det tyske post og telegrafverk og av flere industribedrifter som AEG, Siemens og Osram. Egne psykotekniske institutter ble opprettet ved universitetene i Berlin og Hamburg og ved flere tyske tekniske høgskoler. Det er blitt pekt på at i 1926 var det hele 106 industribedrifter i Tyskland som opptok sine lærlinger på grunnlag av psykotekniske prøver.

Waalder beretter i en artikkel i Teknisk Ukeblad fra 1934 om hvorledes jernbaneselskaper over store deler av Europa på 20-tallet opprettet sine egne psykotekniske avdelinger. Det var snakk om en nærmest eksplosjonsartet spredning på tvers av landegrenser: Tyskland 1917, Finland 1922, Frankrike 1923, Østerrike 1924, Sveits og Russland 1925, Tjekkosllovakia 1926, Polen og Jugoslavia 1927, Italia 1930. Det blir nevnt at det i 1933 foreligger planer om tilsvarende etableringer i Belgia, Romania, Sverige og Ungarn.

I kjølvannet til utvalgsarbeidet for skoler, statlige og private bedrifter, ble det mange steder opprettet yrkesveiledningskontorer for ungdom basert på bruk av samme teknologi. Offentlige yrkesveiledningskontorer ble helt i begynnelsen av 20-årene opprettet i Berlin, Dresden og Leipzig, og noe senere i København. I 1931 ble det psykotekniske institutt ved Oslo Fag og forskole overtatt av Oslo kommune og etablert som en avdeling av Oslo Arbeidskontor - bl.a. med formål å være behjelpelig i forbindelse med arbeidskontorets veiledning av ungdom.

Utvalgsarbeid kom fortsatt i høy grad til å prege instituttets aktivitet. Selv om instituttets styrer i 1935 uttrykker en viss skuffelse over manglende interesse for instituttets arbeid fra norske industrilederes side, blir det samtidig opplyst at instituttet i de senere år har utført oppdrag fra bl.a. Hønefoss elektrisitetsverk, Drammen jernstøperi, Kværner ovnstøperi, Kiellands dropsfabrik og Raufoss ammunisjonsfabrikk.

Norsk psykoteknikk i mellomkrigstiden var som sagt basert på idéer og forbilder fra Tyskland. Samtidig kan man med en viss rett si at den tyske psykoteknikk fikk sine hovedimpulser fra USA.

Den sentrale foregangsmann på psykoteknikkens område var Hugo Münsterberg (1863 - 1916). Han var elev av Wundt i Leipzig i 1882 - 85. Noen år senere, i 1892, ble han etter invitasjon av William James ansatt som leder av det psykologiske laboratorium ved Harvard universitet. Få år etterpå søkte James avskjed fra sitt psykologiprofessorat for å kunne overlate plassen til Münsterberg.

I årene rett etter århundreskiftet vendte Münsterberg stort sett ryggen til tradisjonell laboratorieforskning og søkte ut anvendelsesmuligheter for den nye vitenskapelige psykologi. Han konstruerte utvalgstester og lanserte treningsprogrammer, og han arbeidet med pasienter med nervøse lidelser. I en bok om "Psychology and industrial efficiency" som utkom i Boston i 1913, berømmes han Frank Parson som grunnlegger av psykologisk-metodisk yrkesveiledning (Boston 1908), og beskriver ellers sine anleggstester for telefonoperatører og trikkeførere. Størst innflytelse fikk hans bok om "Grundzüge der Psychotechnik" som utkom i Leipzig i 1914. I denne boken foretar han en oppdeling mellom industriell psykoteknikk, sosial psykoteknikk, medisinsk psykoteknikk, pedagogisk psykoteknikk og estetisk psykoteknikk. I kapittelet om medisinsk psykoteknikk gir han en

innføring i profylakse, psykoterapi, fysioterapi, hypnose og psykoanalyse. De psykoanalytiske behandlingsteknikker var ifølge Münsterberg, å regne som et spesialområde av psykoteknikken.

Münsterbergs psykologiske praksis, og ikke minst hans velskrevne bøker, åpnet veien for en etterspørsel etter psykologiske tjenester, først og fremst innen bedrifts- og arbeidsliv. Psykologer ble bedt om å løse praktiske problemer.

Det første psykologiske konsulentfirma, orientert mot løsning av personalproblemer innen industrien, ble opprettet i USA i 1919. I 1921 fulgte opprettelsen av nok et psykologisk konsulentfirma "The Psychological Corporation", et firma som er vel kjent blant norske psykologer for utgivelsen av WAIS, WISC og andre diagnostiske instrumenter. Utover i 20-årene fattet mange større amerikanske foretagender interesse for å ansette sine egne bedriftspsykologer. De berømte Hawthorne-studier ble påbegynt i 1927. De ble finansiert av Western Electric Company, og Hawthorne refererer seg til navnet på en av selskapets underbedrifter.

I en bok om "Personalforvaltning", utgitt i 1935, hevder Waaler: "Nær sagt alle siviliserte land har nu psykotekniske institutter."

Litt forenklet kan man si at arbeidspsykologien både i Amerika og i England fikk sitt tyngdepunkt innen den private sektor av næringslivet, mens den på Kontinentet og i Danmark og Norge oppnådde et sterkere fotfeste innen den offentlige sektor.

Som nevnt, det første psykotekniske institutt i Norge ble i 1932 overtatt av Oslo kommune. Vårt neste psykotekniske institutt ble opprettet i Sandefjord i 1942, og like etter krigen ble det - etter initiativ av offentlige myndigheter - opprettet arbeidspsykologiske kontorer i Fredrikstad, Bergen og Trondheim.

Den første norske bedriftspsykolog begynte først å virke i 1949 (ved Freia sjokoladefabrikk), og det første norske psykologiske konsulentfirma (Odd Dyrborg A/S) ble først etablert i 1964, altså 45 år etter den tilsvarende utvikling i USA.

Utviklingen av arbeidspsykologien i Norge reflekterer en idé-import fra andre land. Som vi skal vise i det følgende har vi vært underlagt den samme idéimport også på andre psykologiske arbeidsområder.

Lightner Witmer (PhD, Leipzig 1892) er blitt tilkjent æren for opprettelsen av den første psykologiske klinikk. Dette fant sted ved University of Pennsylvania i 1896. Klinikken var i høy grad innrettet mot å yte diagnostisk og spesialpedagogisk service til det lokale skolesystem. Witmer påpekte allerede ved starten at et av formålene var "the training of students for a new profession - that of the psychological expert, who should

find his career in connection with the school system, through the examination and treatment of mentally and morally retarded children, or in connection with the practice of medicine."

Idéen om psykologiske klinikker spredte seg etterhvert utover det amerikanske kontinent. I 1908 ble en ny klinikk åpnet ved The State Teachers College in Colorado, og i 1910 ved University of Iowa. I 1914 var det omlag 20 universitetstilknyttede psykologiske klinikker i USA, og i 1934 er tallet blitt anslått til 85. Det store flertall av klinikkene var tilknyttet Schools of Education og altså ikke Psychology Departments under universitetenes Graduate Schools. Også i Norge gjorde det samme syn seg gjeldende rundt århundreskiftet. Universitetenes oppgave - især de filosofiske fakulteters oppgave - var å ta vare på grunnforskningen. Den anvendte og praktiske psykologi (f.eks. pedagogisk psykologi) burde følgelig utvikles ved andre institusjoner.

Når skolepsykologien gjorde sitt inntog i Norge i 1946, er det viktig å være klar over at den hadde en nesten 50-årig historie bak seg ved amerikanske læresteder. Men de første norske skolepsykologiske kontorer var i høy grad påvirket av en annen idé-strømning enn den som Witmer la grunnlaget for. Også denne idé-strømning hadde sitt opphav i USA, i den såkalte mentalhygieniske bevegelse, og i opprettelsen av egne rådgivningsklinikker for barn og ungdom.

Den første Child Guidance Clinic i verden ble grunnlagt i Chicago i 1909 av barnenevrologen William Healy og barnepsykologen Grace Fernald. I parentes kan bemerkes at Healy i tillegg til sin medisinske utdanning også hadde studert psykologi ved Harvard under William James, og at han og Fernald i 1911 utviklet et par ikke-verbale evnetester som fikk en ganske stor utbredelse.

I 1921 var tallet på "Child Guidance klinikker" i USA økt til 7, og i de følgende 6 år steg tallet til 102. Ved slutten av trettiårene var tallet kommet opp i ca. 200 i USA alene, og tilsvarende klinikker var begynt å dukke opp i flere andre land. I begynnelsen av trettiårene ble det tatt til orde for at slike klinikker også burde opprettes i vårt eget land. De fleste amerikanske Child Guidance klinikker var frittstående klinikker, men det var også noen som var tilknyttet det lokale skolevesen. Det er kanskje ikke så rart at nettopp tanken om mentalhygieniske skoleklinikker ble lansert i Norge - sett på bakgrunn av at man enkelte steder hadde opprettet stillinger for skolepsykiatere, og de nye klinikker følgelig kunne bygges ut fra en virksomhet som allerede var etablert.

De første norske skolepsykologiske kontorer var team-orienterte, etter forbilde av de amerikanske child-guidance klinikker. Omlag samtidig med skolepsykologiens inntog, fikk vi de første mentalhygieniske rådgivningsklinikker og den første barnepsykiatriske avdeling - også disse organisert etter det samme team-prinsipp.

Årsaken til at Healys klinikkmodell fikk større gjennomslagskraft enn Witmers var først og fremst deres større åpenhet for de psykodynamiske behandlingsidéer som begynte å gjøre seg gjeldende i tiden omkring første verdenskrig. Mens Witmers klinikkmodell - på ingen måte i tråd med Witmers egne ønsker - stort sett ble henvist til skolesektoren og her kom til å bli innfanget av klassifikasjonsarbeid og standpunktprøving, fikk Healys modell med sitt sterkere behandlingsperspektiv en bredere kontaktflate med både helsesektoren, skolesektoren, rettsvesenet og sosiale institusjoner.

Selv om Healys modell kom til å bety meget for skolepsykologiens oppstart i Norge, er det ikke til å komme bort fra at denne modell avfødte problemer. Det dominerende behandlingsperspektiv førte til at de spesifikke pedagogisk psykologiske oppgaver - som fra skolens side ble sett på som de primære - ofte ble skjøvet i bakgrunnen.

Standpunktprøving og modenhetsprøving representerer et psykologisk arbeidsområde i skolen - en tradisjon som går tilbake til det pionerarbeid som ble utført av amerikanske psykologer som Rice og Thorndike ved århundreskiftet. Den første norske standpunktprøve i regning, standardisert på norske elevmateriale, ble utgitt i 1935. Som påpekt av Østlyngen i et par oversiktsartikler i midten av 40-årene, kom utviklingen av egnede standpunktprøver for sentrale skolefag sent igang i Norge - sammenliknet med i de øvrige nordiske land. Men for alle disse lands vedkommende var det snakk om en overtakelse av idéer og metoder med opphav utenfor Nordens grenser.

Utviklingen av den psykoanalytiske behandlingsmetode ved århundreskiftet kan ses som et epokegjørende gjennombrudd for den kliniske psykologi. Det var snakk om en klart psykologisk behandlingsteknologi, basert på en psykologisk utviklings- og personlighetsforståelse.

På tilsvarende måte som når det gjaldt eksperimentalpsykologien i 80-årene og testpsykologien og psykoteknikken noen år senere, spredte de psykoanalytiske begreper og behandlingsprinsipper seg som en løpeild fra land til land og fra kontinent til kontinent. Omkring 1905 tok de første psykoanalytikere til å praktisere i Sveits, i England og i Ungarn, og i 1908 i USA. I 1908 ble den internasjonale psykoanalytikerforening stiftet i Salzburg, i 1911 ble det første psykoanalytiske selskap stiftet i USA, og året etter, i England. Ved slutten av tyveårene var psykoanalytikere i virksomhet i Tyskland, Østerrike, Ungarn, Italia, Frankrike, Belgia, Nederland, Sovjet, USA og i flere andre land.

I sin bok om "A history of psychoanalysis in America" (1953) beretter Oberndorf at psykoanalytiske begreper som fikseringer, regresjon og libido allerede i 1920 var naturlige samtaleemner under middagsselskaper blant sofistikerte New-Yorkere. En ledende bokhandel i byen kunne by

frem nærmere 200 forskjellige populærvitenskapelige bøker som direkte eller indirekte dreiet seg om psykoanalyse. Han skriver videre:

".... as soon as the psychoanalytic literature become popularized, many persons, some of them actual quacks .... were drawn to the field of psychoanalytic therapy. As typical of flagrant invasion of psychotherapeutics without preparation one may cite André Tridon, a journalist suddenly turned psychoanalyst, who in his book Psychoanalysis and Love, glibly refers to the patients he is treating." (p. 176).

Det første møte for amerikanske kliniske psykologer fant sted i Pittsburgh i 1917 og de 45 deltakerne gikk inn for å stifte en American Association of Clinical Psychologists. Et par år senere, i 1919, ble det foreslått å opprette en egen seksjon for klinisk psykologi innen den amerikanske psykologforening.

Allerede året før Pittsburghmøtet, i 1916, begynte psykiater-foreningen i New York å se på den gryende psykoterapeutiske interesse blant psykologer som en uvelkommen konkurrent på det mentalhygieniske området. Det ble nedsatt en komité med oppgave å vurdere virksomheten til psykologer, spesielt til de såkalte kliniske psykologer, med hensyn til deres forhold til undersøkelse og behandling av abnormale tilstander. Som man kunne vente, kom komitéen frem til at det var grunn til bekymring for psykologenes inntrengen på det kliniske området. Man kom frem til at den kliniske psykologiske virksomhet bare burde finne sted under nøye supervisjon av en kvalifisert lege. Svaret på dette fra psykologhold var igjen hva man kunne vente: Leger har ikke den nødvendige psykologiske kunnskap til å kunne vurdere en psykologs arbeid. Antallet kompetente psykiatere er for få til å kunne besørge den påtenkte veiledning. Dernest: psykiatikere er ikke kompetente verken til å administrere eller tolke psykologiske tester, og slike inngår som en del av en psykologs kliniske arbeid. Disse meningsutvekslingene fant som sagt sted i 1917.

Det var amerikanske psykologer som i første omgang fanget opp Freuds psyko-dynamiske teorier og det var psykologen Stanly Hall som i 1909 inviterte Freud og Jung over til USA for at deres synspunkter skulle bli bedre kjent, og som også sørget for å få deres forelesninger trykket i American Journal of Psychology, (1910). Dette var i tråd med tidens strømninger. Oberndorf kommenterer det samme forhold: "Until Psychoanalytic Review appeared in 1913, the Journal of Abnormal Psychology was the only American journal devoted to the study of psychopathology that was at all receptive to psycho-analytic papers." (P. 82).

Som tilfellet var med den pedagogiske psykologi, kom også klinisk psykologi i høy grad til å få sin vekst og utvikling utenfor de amerikanske psykologiske universitetsinstitutter. Psykoanalytisk personlighets- og utviklingsteori fikk en stadig sterkere stilling innenfor akademisk psykologi, mens den psykoanalytiske behandlingsteknologi ble forsøkt monopo-



lisert av egne institutter - ledet og administrert av psykoanalytisk orienterte psykiatere. Dette førte til at kliniske psykologer etter hvert dannet sine egne terapeutiske foreninger og opplæringscentre, men disse kom i alminnelighet til å virke nokså perifert i forhold til akademisk psykologi. Et omslag på dette området kom først i årene umiddelbart etter siste verdenskrig.

Den psykoanalytiske behandlingsmetodes inntrengen i Norge skjedde hverken påfallende tidlig eller sent. Vår første psykoanalytiker tok til å praktisere i Oslo i 1916, etter et relativt kortvarig studieopphold (6-7 mnd.) ved Bleulers psykoanalytisk orienterte universitetsklinikk i Sveits (Burghölzli). Forøvrig den samme klinikk som den første amerikanske psykoanalytiker Brill hadde besøkt i 6-7 mnd. i 1907, og hvor han hadde tilegnet seg de behandlingsteknikker som han tok i bruk i forbindelse med oppstartingen av sin private praksis i USA året etter.

Den første norske universitetsprofessor i psykologi, Harald Schjeldrup, beskrev i 1929, hvilken nytte han hadde hatt av sine psykoanalytiske erfaringer:

"Jeg har sittet overfor mennesker der søkte meg som psykolog for å få hjelp med sine sjelelige vanskeligheter før jeg kjente psykoanalysen mer inngående, og jeg forsøkte å forstå deres reaksjoner på grunnlag av min skole-psykologiske viden. Men jeg må tilstå, at den lot meg praktisk talt fullstendig i stikken. Jeg må åpent erkjenne, at først etter at jeg behersker den psykoanalytiske metode, er psykologien som vitenskap blitt meg til virkelig hjelp til å forstå de mennesker jeg møter i livet." (p. 541).

For mange praktisk arbeidende psykologer representerer psykoanalytisk innsikt en sentral del av den praktiske kunnskap som styrer deres profesjonelle aktivitet. Blant de ikke-akademiske røtter til profesjonell psykologi, inntar psykoanalytisk innsikt en dominerende plass.

Gjennom psykologprofesjonens relatering til psykoanalytisk tenkning og forståelse, skjer det også en relatering til preanalytiske praktiske kunnskaper som er blitt assimilert i de psykoanalytiske behandlingsteknikker.

Den nye psykoanalytiske behandlingsmetode hadde hypnosebehandling som utgangspunkt. Det var som hypnosekyndig Freud startet sin psykologiske praksis.

Det er paralleller mellom psykoanalysens spredning ut over land og landegrensener og den spredning de såkalte animalske magnetistiske behandlingsmetoder viste i tidsrommet 1774 til 1820. På samme måte som Freuds lære ga opphav til privat praksis, til foreninger, møter, lærebøker og endog til enkelte lærestoler, ga Mesmers lære seg utslag 100 år tidligere.

Såkalte "Harmoniske selskap" ble stiftet i mange franske byer, og spredte seg etterhvert til England, Tyskland, Skandinavia, Østeuropa, USA og Det fjerne Østen.

En svensk avhandling fra 1974 (av Karin Johannisson med tittelen "Om magnetisørenes tid") gir en detaljert fremstilling av mesmerismens frembrudd, utbredelse og skjebne i Sverige fra 1774 og fremover på 1800-tallet.

I boken refereres offiser og ingeniør Mårten Sturtzenbeckers nedtegnelser over egne behandlingsresultater fra året 1787. Dette er den tidligste oversikt over psykoterapi-resultater jeg kjenner til. Oversikten inneholder opplysninger om 32 pasienter, alle behandlet etter den mesmerske metode: deres sosiale stilling, deres hovedsymptomer og behandlingens resultat. I ca. 1/3 av tilfellene blir pasientene oppgitt å ha blitt friske, i ca. 1/2 av tilfellene bedret. Noen av tilfellene blir betegnet som avbrutt, og i et par blir det pekt på at symptoms substituering har funnet sted.

Det er grunn til å tro at magnetiske behandlingsmetoder også har nådd frem til Norge. Den første filosofi-professor ved Oslo Universitet som også hadde ansvar for forberedende psykologiundervisning ved tidspunktet for universitetets åpning i 1813, Niels Treschow, refererer til den beryktede Mesmers skryderier om sine behandlingsresultater i en artikkel han publiserte i 1803 om "Bidrag til en Theorie om Nattevandreren eller Somnabulisme".

En utbredt og kjent bok med definisjoner og erfaringer hentet fra et større antall magnetisører, på sett og vis autorisert som lærebok blant magnetisørene selv, var C.A. Kluges: "Versuch einer Darstellung des animalischen Magnetismus als Heilmittel" som utkom i Berlin i 1811. Boken ble oversatt til dansk i 1817. Ved Universitetsbiblioteket i Bergen har jeg funnet to eksemplarer av boken, og de ser ut til å ha vært flittig brukt. Det er grunn til å tro at boken har vært lest og studert i Norge over lengre tid.

Innen den somatisk orienterte og naturvitenskapelige medisin ble magnetismebehandlingen som ventelig kan være, møtt med stor skepsis og avstandtagen. Et interessant intermesso, som peker på dette forhold, er følgende beretning i Bergen Lægeforenings historie:

"I 1860 omtalte D. Martens sine forsøk med hypnotisme og brakte i et senere møte en kvinne i magnetisk søvn. Visstnok på dette møte, muligens tidligere, var professor Vischow og senere professor Emanuel Winge foreningens gjester. Under Martens demonstrasjon kunde Winge, der tydeligvis hørte til skeptikerne, ikke betvinge sin munterhet, hvilket innbrakte ham en meget kraftig tilrettevisning fra Martens." (Madsen & Sollid, 1931, p. 291.)

Forholdet mellom magnetisme og hypnose var lenge et meget omdiskutert tema. Det var et tema hvor det forelå sterkt motstridende oppfatninger. Det var endog et tema som kom til å prege en god del av diskusjonen på den første internasjonale eksperimentopsykologiske kongress som ble avholdt i 1889.

På samme måte som psykoanalysen har gitt opphav til forskjellige skoleretninger - til den Freudske, den Jungske og den Adlerske - finner man mye av det samme i forbindelse med mesmerismen. De tre hovedretninger som her gjorde seg gjeldende er Deleuze's, Puységurs og Barbarins skoler.

En mer inngående studie av Franz Anton Mesmers teorier og behandlingsmetoder viser slektskap og påvirkninger fra tidligere tiders psykoterapeuter. I denne forbindelse er det nok å påpeke at Mesmers krise-kurer har forløpere i den sydtyske jesuiterprest Johan Gassners demonutdrivende kartarsisbehandlinger (en behandling som besto av besvergelses, strykninger og gnidninger, affektutlevelse, gjenopplevelse og befrielse). Hans håndsstrykninger har også forløpere i den vidt berømte irske mirakelmann Valentine Greatrakes håndsstrykningskurer i England og Irland på 1660-tallet (en kur som gikk ut på med henders hjelp metodisk å stryke sykdommer ut av kroppen). Hans tidligere anvendelse av stålmagneter var formodentligvis direkte overtatt fra hans samtidige jesuitpresten Maximilian Hell, selv om metoden kan spores tilbake til eldre tiders praksis i India, Kina og Det nære Østen, og opp til vår egen trolldomsmedisin som gjorde bruk av torsstener og magneter. Hans animalske magnetisme-begrep har forbindelseslinjer tilbake til Paracelsus' teorier på begynnelsen av 15. hundretallet, men det må samtidig nevnes at Paracelsus (1493-1540) selv hevdet å ha fått sin innsikt fra sigøynere og fra datidens omstreifende naturleger.

Vi har detaljerte beretninger om bruken av demonutdrivende metoder på 15. og 16. hundretallet. Går man nærmere inn på demonlæren og de dertil hørende utdrivende virkemidler, er spranget ikke langt til hva som kan antas å ha vært hovedingrediensen i førkristen trolldomsføre og trolldomsmedisin.

Noen skarpe grenser er det her vanskelig å trekke. Fra tidlig kristen tid er det eksempel på at både en pave og en betydningsfull kirkelærer hadde ord på seg for å være kyndige i trolldom. Det fortelles om at enkelte norske prester helt frem på 1700-tallet ikke bare var i besittelse av Svartebøker, men at de nå og da endog kunne gjøre bruk av dem.

For vanlige folk å forsøke seg på trolldom på 15. og 16. hundretallet kan ikke ha vært uten en viss risiko. Man har kjennskap til omlag 900 hekseprosesser i Norge i tidsrommet 1560 - 1730.

Et helt sentralt kjennetegn ved psykologi som begrep og som fag er at menneskelige opplevelser og handlinger kan forstås ut fra andre enn demonologiske betingelser. Som de første psykologer regnes derfor gjerne de

personer som tidlig fremsatte alternative naturlige forklaringer på demonologiske manifestasjoner. Juan Luis Vives (1492-1540) er ofte blitt utpekt som den moderne psykologis far, og Johann Weyer (1515-1580) som grunnleggeren av moderne psykiatri.

Betegnelsen psykologi kom i bruk i siste halvdel av 1500-tallet. Den første bok man hittil har kommet over med psykologi på tittelbladet ble utgitt i 1590. Hekseprosessenes blomstring og psykologiens fremvekst er ikke uten forbindelseslinjer.

Oppsummering: Det sies ofte at psykologi er en ung vitenskap, men samtidig et fag med en lang historie. I den praktiske arbeidssituasjon møter psykologer problemer som trolig har eksistert i hundrevis av år. I sin tilnærming til problemene vil han alltid i noen grad være influert av hvorledes hans forløpere i den psykologiske yrkesrolle har forsøkt å finne virksomme løsninger. Men i sin selvforståelse som psykolog vil han også være bærer av et sett av verdier og av en bestemt faglig referanseramme. Det er av interesse å peke på at svært mange av de sentrale foregangsfigurer på psykologiens område har startet med medisinsk utdanning, for i neste omgang å bli opptatt av nye metoder og problemer, og derigjennom av ny erkjennelse som ikke lot seg assimilere i den medisinske tradisjon. Franz Anton Mesmer (1734-1815) hadde lege-utdannelse og det samme hadde Francis Galton (1822-1911), Wilhelm Wundt (1832-1936), Sigmund Freud (1856-1939), Alfred Binet (1322-1911). Hvis vi forutsetter at hver av de nevnte utbrytere og foregangsmenn hadde 20 disipler, og disse igjen nye 20 disipler osv., kommer man allerede i 4. generasjon opp i et antall på nærmere 50 000 etterfølgere. De første testoversettere og testbrukere i Norge var legeutdannet, og det var også tilfelle med den første norske analytiker. Men de var ensomme svaler som fløy lenger ut fra redet enn det som er tilrådelig, hvis man skal beholde sin opprinnelige fagidentitet. Når man i fremtiden skal skrive den profesjonelle psykologs historie, vil det ikke forundre om det blir beskrevet som et rotskudd som sprang ut av medisinen i siste halvdel av det nittende århundre. Den nye vekst ble bærer av en ny teknologi. Det er ikke minst denne nye teknologi som gir næringsgrunnlag for de over 50 000 psykologer som idag er engasjert i praksis rundt omkring i verden.

#### Om inngrep og reguleringer av psykologisk praksis

Den første regulering av psykologisk praksis som er kjent i Norge, er bestemmelsen i Gulatingsloven - formodentligvis fra 1200-tallet - som forbyr og fastsetter straff for den som gjør bruk av trolldom og trolldomskunster i sykebehandling.

Forestillinger om at mennesker kan ha overnaturlige evner som gjør at de kan komme i kontakt med en oversanselig verden, går tilbake til norrøn oldtid. Kristendommen satte forbud mot trolldom, men forestillingene om trolldomsrett kan ikke utrykkes med lover og forordninger. De synske og

trolldomskyndige kom fortsatt til å virke, båret oppe av folketro og folksøken etter hjelp der den var å finne.

Stillet overfor sterke folkelige tradisjoner synes kirken til å begynne med å ha trukket et skille mellom onde og gode kloke koner, mellom de som drev svart magi og bekjente seg til onde makter og de som drev hvit magi og søkte å hjelpe medmennesker og helbrede sykdommer.

Heksebegrepet dekket til å begynne med bare de som drev svart magi, men etterhvert som hekseforestillingene grep om seg, ble slike skiller utviklet. Alle personer som kunne mistenkes for synskhet eller overnaturlige evner, kom i mistenksomhetens lys. De mistenkelige ble dessuten ikke bare antatt å stå i ledtog med demoner, men å ha fått sine evner gjennom en spesiell pakt med djevelen. Det var ikke lenger snakk om ufri-villige besettelser, men om et personlig villet forhold. Overfor slike var det bare ildens fortæring som kunne bryte djevlepakten, og bare ildens renselse som kunne gi håp om at deres sjel kunne finne en plass i Guds evige rike.

Heksebrenning var senmiddelalderens og den nyere tids radikale behandling av demonologisk infeksjon. Parallelt med denne mest ytterliggående behandling ble det utviklet og brukt mer skånsomme metoder. Det er meget som tyder på at det på demonutdrivelsens område utviklet seg forskjellige metodiske tilnæringsmåter og at man i en viss forstand kan snakke om forskjellige skoleretninger. Vi har tidligere nevnt jesuittpresten Gassners krisekurer i Sydtyskland i midten av 1700-tallet. Hva som er av særlig interesse i denne sammenheng, er at Gassner etter en tid ble stoppet i sin virksomhet gjennom legale midler, dvs. gjennom anklage om å bedrive exorcisme, hvilket støtte an mot en ny tids strafferettslige normer.

Den første kvaksalverlov som ble innført i Norge, skriver seg fra 1794. Gjennom en kongelig forordning dette år ble det bestemt at "Dersom noen Qvaksalver befindes at tage Syge under Kuur, og saaledes at udsætte disse for Fare, da skal han straffes, Ite gang med 20 Rdls Bøder til Sognets Fattig-Kasse, eller i Mangel af Formue, hensættes i Fængsel på Vand og Brød i 8te Dage ....."

Med Qvaksalver siktes til alle som "tage syge i kuur" som ikke er lege eller som ikke uten å være lege har fått Canselliets tillatelse til å praktisere på de områder og med de midler han er funnet å være kyndig.

Det heter forøvrig i den samme forordning at de kongelige embetsmenn, især prestene, ideligen og ved enhver given leilighet skal advare almuen om det uheld de pådrager seg, hvis de overlater seg til uvidende qvaksalvere, og at forordningen, for at den skal komme til hver manns kunnskap, straks skal leses opp fra prekestolene.

Kvaksalverforordningen av 1794 ble stående uendret frem til 1871. Den nye lov av 1871 fastsatte ingen straff for å ta syke i kur. Bare hvor man tar syke i kur og derunder tilføyer den syke betydelig skade på legeme eller helbred - er man henfallen til straff, eller hvis man uriktig utgir seg for å være autorisert til å ta syke i kur, hvis man uten tillatelse anvender resepterte legemidler, hvis man i det vesentlige er omstreifer, hvis man ikke har oppholdt seg i Riket i 3 år, hvis man i Riket har vært ilagt straffearbeid, eller hvis man uten Sundhetskommisjonens (det senere Helseråds) tillatelse behandler farlige epidemiske eller smittsomme sykdommer.

Kvaksalverloven gjennomgikk mindre revisjoner i 1889 og 1927, vesentlig av redaksjonell art.

I en artikkel av Ståle Reigstad i Tidsskrift for Norsk Psykologforening for september 1978 blir det hevdet at kretsen rundt psykoanalytikeren Johs. Irgens Strømme i begynnelsen av 30-årene skapte slik røre på ansvarlig medisinsk hold at kvaksalverloven ble vedtatt i 1936; at den nye lov med andre ord i hovedsak var myntet på Strømmes elever.

Det er ikke noe i forarbeidene til endringen av kvaksalverloven i 1936 som tyder på at man var spesielt ute etter å sette en stopper for psyko-logisk behandlingsvirksomhet, selv om det nok var leger som gjerne ville sett at legestanden skulle gis enerett og eksklusivt monopol på alle former for sykebehandling. Hva som særlig sto i fokus var å forby kvaksalvere å drive reklame og avertering og å drive behandling uten selv å ha undersøkt pasienten, og å forby uautoriserte personer å behandle kreft og sukkersyke, i tillegg til de tidligere forbud mot å behandle epidemiske og smittsomme sykdommer (tuberkulose og kjønnsykdommer).

Under drøftingene i Odelstinget (4/6-36) var det bare en av talerne som refererte til den psykoanalytiske behandlingsmetode, og med følgende kommentar: "Psykoanalysen misbrukes av mange i stor utstrekning ...." Vedkommendes hovedpoeng var at det på psykologiens område for tiden drives en masse kvaksalveri, men dette var mer myntet på legers enn på helsepraktikers virksomhet. Jeg har følelsen av, sa vedkommende taler, at enhver ærlig lege i Norge vil innrømme at han vet lite eller ingenting om mentale lidelser. Til tross for en dyktig legestand har vi en masse leger som driver kvaksalveri på det psykiske område.

I innstillingen fra Sosialdepartementet ble det foreslått at behandlingsforbud også kunne omfatte andre enn de opplistede sykdommer, etter nærmere bestemmelse av Kongen. En slik fullmaktsdelegering gikk Sosialdepartementet ikke med på.

I den nevnte artikkel av Reigstad blir det hevdet at kretsen omkring Strømme også var foranledningen til at helsemyndighetene i 1938 fikk gjennomført spesielle autorisasjonsbestemmelser for bruk av psykoanalytiske undersøkelses- og behandlingsmetoder.

At behandlingsvirksomheten i kretsen omkring Strømme var medvirkende kan det vanskelig herske tvil om, men Reich-gruppens teorier og praksis var for flere enda mer alarmerende og urovekkende. I tillegg var det også noen få Adlerianere, med Ingjald Nissen som midtpunkt, som utga seg som psykoanalysepraktiserende. Samlet kan de tre grupperinger neppe ha omfattet mer enn ca. 20 personer.

Kravet om psykoanalytiker-autorisasjon kan vanskelig sies å ha blitt båret frem av noen folkebevegelse. Toneangivende var personer som var identifisert med den Freudske lære og den Freudske analysemetode.

I en artikkel om Freud i anledning hans 80-årsdag i 1936, skriver Kristian Schjelderup:

"Psykoanalysen er god å slå mynt på. Den har vist seg som et ytterst tjenelig middel for kvaksalvere som gjør seg en levevei av den, folk uten enhver faglig utdanning som gir seg ut som psykoanalytikere, men hvis behandlingsmåter ikke har stort annet enn navnet til felles med Freuds opprinnelige metode .... Det er etter kvaksalvernes virksomhet - i Norge vrimler det av dem - at psykoanalysen som sådan blir bedømt .....

Psykoanalysen er ikke noe man kan leke med. Det dreier seg ved en psykoanalyse om inngrep i et menneskes intimeste personlighetsliv, og den innflytelse en analytiker under en analyse i enkelte tilfeller kan få på en pasient, er så stor og sjebnesvanger, at der fra samfunnets side burde stilles de aller strengeste krav til dem som skal ha rett til å utøve psykoanalytisk virksomhet, både til deres faglige utdanning og til deres rent menneskelige egenskaper." (p. 116).

I en artikkel, forfattet året etter, skriver professor Harald Schjelderup:

"I en stigende utstrekning har mennesker, som savner nødvendig fagutdanning, gitt seg av med såkalt analytisk praksis. Det drives under navn av analyse en utstrakt, farlig og beklagelig kvaksalvervirksomhet.

..... for forsvarlig å kunne drive analyse, (kreves der) særdeles meget i retning av spesialutdanning. Det er av den grunn vi så sterkt har reist autorisasjonsspørsmålet. Nu kan hvem som helst kalle seg analytiker. Men en usakkyndig såkalt analyse er ikke bare kompromitterende for analysens anseelse, men er også alt for farlig til å få lov til å bre seg vilt. Her er vi nødt til å skjeldne skarpt. En ting er fagkyndig analyse, en annen ting kvaksalveranalyse og onaniterapi." (p. 37).

I artikkelen retter han også søkelyset mot den Adlerske analyseform:

"Det er f.eks. uriktig å kalle Adlers individualpsykologi analyse. Heller ikke bør etter min mening den behandling Ingjald Nissen utøver her hjemme, betegnes som analyse .... Såvidt jeg har kunnet bringe i erfaring, er

Nissen ikke analytisk utdannet. Hans skrifter viser ikke at han behersker teknikker for løsning av de infantile krefter." (s. 33).

Et hovedpunkt i Schjelderups argumentasjon og i hele hans artikkel, er forøvrig at: "Når spørsmålet om autorisasjon av analytikere skal avgjøres, må det ikke glemmes at analysen både teoretisk og metodisk er en del av psykologien."

Den kongelige resolusjon av 15/7-38 om at bare personer autorisert av Sosialdepartementet skulle kunne nytte psykoanalytiske metoder, åpnet veien for autorisasjon av både psykologer og leger.

I året som fulgte kom autorisasjon til å omfatte 7 personer - 3 leger og 4 psykologer. Blant legene var Irgens Strømme, og blant psykologene Ingjald Nissen, og Reichs hoveddisippel, Ola Raknes. Autorisasjonsbestemmelsene fikk allikevel betydning. I kretsen omkring Strømme var det et par som reiste utenlands, et par som fortsatte sin praksis mer i det skjulte, og visstnok noen som ga opp sin tidligere praksis. Dette var også tilfelle i de andre kretser.

At den samlede psykoterapeutiske virksomhet i landet ble vesentlig redusert, kan det reises tvil om. Derimot kan det ikke reises tvil om at selve psykoanalysebegrepet fikk et nytt og mer restriktivt, kanskje mer prestisjeladet, innhold. Noen langsiktige praktiske konsekvenser fikk autorisasjonsbestemmelsene ikke, og de ble stille og rolig opphevet ved Kongelig resolusjon av 7. november 1958, altså 20 år etter at de var blitt innført. På den annen side: Den psykoanalytiske autorisasjonsbestemmelse i slutten av 30-årene er av interesse i et bredere historisk perspektiv. Den markerer en ny psykologisk behandlingsmetodes inntreden og utbredelse, at den nye teknologi blir tatt alvorlig og at psykologer i prinsippet blir tilkjent samme forutsetninger som leger for å nyttiggjøre seg teknologien og for å ta syke i kur på det psykiske området.

En ytterligere markering av det samme forhold kan sies å komme til uttrykk i Lov om godkjenning m.v. av psykologer av 9/3-73, hvor det samtidig blir foretatt endringer i Kvaksalverloven av 1936, om at psykolog på linje med lege og tannlege skal unntas fra visse begrensninger når det gjelder anledning til å ta syke i kur. Selv om endringene i Kvaksalverloven ikke gir psykologene noen spesielle behandlingmessige rettigheter, anskueliggjør de dog psykologens nye offisielle status som en helse- og behandlingsrelatert profesjon.

I forbindelse med den nye psykologlov ble det også foretatt en endring i § 364 i Straffeloven av 1902. Denne paragraf lyder nå som følger:

"Med bøter eller med fengsel inntil 3 måneder straffes den, som anvender noe middel eller noen fremgangsmåte, hvorved en annen med sitt samtykke hensettes i hypnotisk tilstand eller avmakt, bevisstløshet eller liknende



tilstand. Denne bestemmelse er ikke til hinder for, at en lege eller en psykolog benytter hensettelse i sådan tilstand i vitenskapelig øyemed eller ved sykebehandling."

Denne lovparagraf peker tilbake på mesmerismen og hypnoseterapiens frembrudd og utbredelse i forrige århundre. I forarbeidene til loven kan man lese at man spesielt ønsker å hindre frivillig hensettelse i hypnotisk tilstand, siden en motvillig hensettelse vil være en legemsfornærmelse og som sådan rammes av en annen paragraf. I den opprinnelige innstilling fra strafferettskommissjonen av 1895 var straffefritaket begrenset til bare å omfatte personer som hadde fått Kongens særlige bemyndigelse til å utøve hypnose. Men dette ble endret under den videre saksbehandling, slik at leger generelt ble fritatt for straffeforføying.

I forarbeidene til loven blir det pekt på de foreslåtte innskrenkninger når det gjelder bruk av hypnose er mer vidtrekkende enn den nye belgiske straffelov av 1892. Man hadde her ikke satt forbud mot hypnotisering av voksne som har samtykket i det. I begrunnelsen for å gå lengre enn dette, henvises til "den belgiske Lægestands med stor Enstemmighet afgivende Udtalelser, at Hensættelse i hypnotisk Tilstand i seg selv er sundhets-skadelig, .....

Påstanden om at den hypnotiske tilstand i seg selv er sundhetsskadelig, viser tilbake på offisielle reaksjoner på magnetisørenes virke 100 år tidligere. Påstanden antisiperer tilsvarende holdninger - iallefall blant enkelte - om psykoanalysens sunnhetsskadelige virkninger. For å nevne bare ett eksempel. I en artikkel i T.f.D.n. lægeforening for 1917 kan man lese: "Hver og en som har syslet med nevrosene, vet hvilken skade psykoanalysen har gjort og fremdeles gjør."

Oppsummering: Forbud og regulering av psykologiske behandlingsmetoder er ikke noe som spesielt hører hjemme i vår tid, men strekker seg langt bakover i tiden. I et bredt historisk perspektiv kan man på grunnlag av reguleringene snakke om fire forskjellige behandlingsepoker: Først trolldomsepoken med seiding som hjelpemiddel. Dernest demon- og eksorsismeperioden. Dernest den fysikalsk orienterte magnetisme-periode med hypnose som verktøy. Og dernest den psykoanalytiske periode, som innvarsler en psykologisk referanseramme og forståelsesform, som man på sett og vis kan si går over i fremveksten og etableringen av den psykologiske behandlerprofesjon. For vårt lands vedkommende kan denne etablering tidfestes til 1973, til det år "Psykologloven" ble vedtatt av Stortinget.

De forskjellige perioder står ikke for adskilte intervaller langs en fortløpende tidsdimensjon, men mer som ny forståelse og ny teknologi som har vokst ut og avleiret seg som lag oppå tidligere tiders erkjennelse og forståelse - slik at man på ethvert tidspunkt kan finne eksempler på det helt nye og det helt gamle. Det er ikke vanskelig å finne beskrivelser eller reportasjer fra de helt siste år som viser at det pågår behand-

linger etter metoder som er nær knyttet til Mesmers magnetismelære. At demonologien også fremdeles har sine tilhengere og praktikere fikk vi plutselig håndfaste eksempler på for et par år siden. En kan undre seg over hvorledes disse idéer og metoder i det stille har overlevd de nye fysikalske og psykologiske forståelsesformer som har dominert og gjennomsyret vår kultur de siste 200 år. Går man nærmere inn på disse forhold vil man formodentligvis også kunne finne levende rester av både seiding og trolldomsmedisin!

I forbindelse med demonutdrivelsessaken på Os ble det av Statens overlege for psykiatri hevdet at den foretatte behandling var forbudt etter norsk lov, at bare leger og psykologer er gitt tillatelse til, gjennom eksplisitt hjemmel i lov, å kunne ta syke i kur. Selv om overlegens lovfortolkning nok var tvilsom, ble hans uttalelse ikke møtt med noen storm av protester. Det er derfor godt mulig at hans uttalelse i det store og hele dekker et utbredt offisielt syn i Norge idag - nemlig at demonbesettelser er såpass alvorlige tilstander, kanskje endog smittsomme, at bare leger og psykologer har samfunnets tillatelse til å behandle slike. Hva som fremstår som et viktig poeng er at psykologprofesjonen er blitt offisielt akseptert som et ledd i samfunnets bolverk mot trolldom, hekseri og irrasjonelle behandlingsmetoder.

### Psykologprofesjonens fremtid

I psykologloven av 1973 er det en bestemmelse som trer klart frem. Det er at godkjenning som psykolog er betinget av å ha avlagt embetseksamen i psykologi, og/eller å ha godtgjort på annen måte å inneha den nødvendige faglige kyndighet. En embetseksamen vil tradisjonelt si at en person har ervervet seg de kunnskaper og ferdigheter som er nødvendige for å kunne tre inn i embetsstanden, dvs. å kunne inneha en betrodd stilling i Kongens eller Statens tjeneste.

Sett fra denne synsvinkel kan man si at embetsstudiene ved universitetene har som formål å utdanne og kvalifisere personer for spesielt lojalitetskreven- de arbeidsoppgaver innenfor statsstell og forvaltning. Det er snakk om studier som er opprettet og opprettholdt for å tjene statsapparatets interesse.

I beskrivelsen av psykologprofesjonens røtter har vi i det foregående i første rekke beskjeftiget oss med utviklingen av metoder til hjelp og behandling av enkeltmennesker med mentale lidelser eller problemer. Vi har oppholdt oss ved en tradisjon hvor det er et direkte bytteforhold mellom psykolog og klient, mellom psykologen som tjenestegiver og godtgjøringsmottaker på den ene side, og klienten som tjenestemottager og godtgjøringsyter på den annen. Psykologens overlevelsesmuligheter innen denne tradisjon vil være betinget av hans evne til å levere tjenester som det er behov for, og av hans evne til å levere tjenester til en konkurransedyktig pris. Fra tjenestemottakerens side vil psykologen være en av

flere tjenesteytere han kan søke hjelp hos, og han vil da selvfølgelig vurdere hva han kan regne med å få igjen sett i forhold til hva han selv må ut med. Innen en slik byttemodell vil psykologen være en tjener av de som godtgjør ham for hans tjenester, og hans arbeid vil være forankret i klientens interesser.

Psykologprofesjonen har røtter som går i retning av en slik byttehandel med enkeltmennesker som søker hjelp med individuelle problemer. Dette er på mange måter psykologiprofesjonens folkelige opphav - og som har satt sine spor i behandlingsmetoder og teknologi. Men det må samtidig poengteres at det ikke var disse folkelige røtter som ga støtet til etableringen av en egen universitetsseksamen i psykologi.

I tillegg til den individuelle behandlingsorienterte tradisjon er psykologiprofesjonen også bærer av en rot som går i retning av med praktisk kunnen og innsikt å bistå forvaltningsorganer, bedrifter, organisasjoner og institusjoner med å løse deres problemer og fremme deres målsetninger.

Et relevant eksempel er utviklingen av psykologiske prøver for personaluttak i statsforvaltningen, en virksomhet som ikke akkurat for øyeblikket står i fokus for norske psykologers interesser, men dog en praktisk virksomhet som har opptatt mange psykologer over lengre tid - og dertil en praktisk virksomhet som har tradisjoner som går langt bakover i tiden. En publikasjon om den psykologiske testings historie, utgitt i 1970, illustrerer dette poeng. Boken er dedikert: "To those wise men of China who, thousands of years ago, invented the psychological test". Hva disse vise menn gjorde, var å utarbeide metoder for utvelgelsen av embetsmenn - mandariner - etter evner og dyktighet.

Begynnelsen til denne virksomhet er blitt tidfestet til år 1115 før vår tidsregning. Virksomheten og de idéer som lå til grunn for den, fikk etterhvert innpass også i Europa:

"As European contacts with the Far East developed in the sixteenth century and later, the Chinese system of competitive written examinations as a mean of entry into the public service was admired and praised. Two liberals whose writings presaged the French Revolution, Voltaire and Quesnay, advocated its use in France. Actually, such a system was introduced as a reform measure in 1791, only to be abolished under Napoleon (in 1795) and then restored many years later.

In the early part of the nineteenth century, British diplomats and missionaries visiting China became well acquainted with the Chinese examinations and suggested that something similar be tried out in the United Kingdom. Here the first use of open competitive examinations occurred in 1833 in connection with selecting trainees for the Indian civil service....

Successful British experience led to interest in the United States in competitive examinations as a tool in substituting merit for political favouritism in public appointments. Bills to establish an examining system were introduced in Congress in the 1860's ....." (p. 5).

I 1880- og 90-årene, gjennom medvirkning fra Galton, Pearson, Cattell og andre foregangsmenn innen akademisk psykologi, ble den psykologiske testing ytterligere vitenskapelig kultivert ved anvendelsen av nye statistiske og psykometriske metoder.

Utviklingen av psykologiske gruppeprøver i USA under første verdenskrig, og den påfølgende testing av en og enkvart million rekrutter, var et ledd i å styrke og effektivisere den nasjonale krigsmakt og krigsinnsats. I årene før krigen såvel som i årene som fulgte, ble det utviklet en serie med prøver spesiallaget for skoler, bedrifter og offentlige institusjoner. Tanken om den rette mann på rette plass vant gehør og tilslutning langt utenfor de militæres rekker. Situasjonen var at det var flere menn enn det var plasser til.

Den annen verdenskrig ga påny støttet til en utbredt anvendelse av psykologisk testing og personelluttak ut fra nasjonale interesser. Bare i USA ble det under krigen foretatt testing av over 9 millioner rekrutter, og det ble utviklet spesielle testbatterier for flygere, navigatører og andre krevende yrkesroller.

I 1946 ble det i Norge i tilknytning til Generalkrigskommisariatet opprettet et eget kontor for personelluttak - etter kanadisk forbilde. Året etter ble kontoret omdøpt til Forsvarets psykologiske avdeling.

Ved etableringen av den midlertidige eksamen i psykologi i 1948 var det særlig Arbeidsdirektoratet og Forsvarets overkommando som uttrykte behov for psykologer og som avga de uttalelser som fikk Stortinget til å slutte opp om forslaget.

I etterkrigstiden har mangelen på arbeidskraft ført til at behovet for personelluttak er blitt stillet i skyggen av behovet for å kunne holde på og å tiltrekke ny arbeidskraft gjennom trivsel- og miljøfremmende tiltak. Personalforvaltning har veket plassen for organisasjonsutvikling.

Det første psykologiprofessorat som ble opprettet i Norge, etter at Schjelderup i 1928 etter søknad hadde fått omgjort sitt professorat fra filosofi til psykologi, var opprettelsen av et professorat i arbeidspsykologi og personalforvaltning ved Norges Handelshøyskole i 1950. I 1961 ble det i Oslo, etter initiativ og støtte fra Norsk Produktivitetsinstitutt, opprettet et eget dosentur i arbeidspsykologi. Det tok ennå nærmere 10 år før den første toppstilling i klinisk psykologi ble opprettet ved samme universitet. Såvel innenfor universitets- og høyskolesektoren som

innenfor det offentlige arbeidsmarked kan man konstatere en tidligere etablering av arbeidspsykologien enn av den behandlingsorienterte kliniske psykologi.

Universitetenes oppgave er og har vært i ivareta grunnforskning, dvs. å ivareta teoriforankret forskning uten umiddelbar praktisk nytteverdi. Universitetene er den eneste institusjon i vårt samfunn som har den tilstrekkelige autonomi og de tilstrekkelige ressurser til å beskytte og verne om denne type forskning.

Universitetene er dessuten tillagt viktige undervisningsoppgaver. Tradisjonelt har disse oppgaver mer gått ut på å hjelpe statsoverhoder og øvrighet med å utdanne embetsmenn og forvaltere, enn å imøtekomme hjelpebehov fra folkets eller almuens side.

En profesjonsutdanning av psykologer innenfor universitetsstrukturen bryter derfor i noen grad med hevdvundne prinsipper. Utdanningen forutsetter at universitetene relativt sett nedprioriterer den rene forskning til fordel for praktisk ferdighetsopplæring, og den forutsetter videre at den praktiske opplæring ikke bare gjelder kunsten å styre, administrere, forvalte og effektivisere samfunnsgoder og samfunnsborgere, men også å yte praktisk hjelp til enkeltindivider uten begrunnelse i nasjonale lønnsomhetsbetraktninger.

En utbygging av psykologisk profesjonsutdanning innen et universitetssystem er en konfliktskyt prosess. Det forutsetter en lydhørhet og åpenhet overfor fagets ikke-akademiske røtter, men samtidig også en identifikasjon med fagets historie innenfor academia. Brytes den første rot kommer man lett i den situasjon professor Schjelderup beskrev på en treffende måte allerede i 1929, hvorledes han med sine akademiske psykologistudier følte seg helt hjelpeløs stillet overfor mennesker som søkte ham for å få hjelp med sine sjelelige vanskeligheter.

Brytes den annen rot, vil psykologifaget fort kunne få det sekteriske preg over seg som merker fag som ikke har åpne forbindelseslinjer med forskning og med faglig aktivitet innen andre fagområder. Faglig utvikling forutsetter åpenhet både overfor den praktiske viten som forvaltes av praktikere, såvel som overfor den almene teoretiske viten som springer ut av laboratorier og av systematiske og kontrollerte undersøkelser og eksperimenter.

I den profesjonelle psykologis senere historie er det to erfaringer som det er grunn til å stanse litt opp ved. I 50-årene vokste det i USA frem en opplæringsmodell av psykologer som ble kalt "The scientist/practitioner model." Utdannelsen skulle ta sikte på samtidig å utdanne både forskere og praktiske yrkesutøvere. Resultatet var nedslående. De aller fleste av de ferdige kandidater endte opp som praktikere, og deres forskningsmessige innsats etter endt doktorgradsarbeid viste seg å bli forsvinnende

liten. Samtidig følte mange at den utdannelse de hadde bak seg, hadde forberedt dem relativt dårlig for praktisk yrkesutøvelse.

Som en reaksjon mot den herskende utdanningsmodell var det mange psykologer i 60-årene som reiste tvil om en skikkelig profesjonsutdanning av psykologer kunne etableres innenfor den tradisjonelle universitetsstruktur. F.eks. skriver E.A. Michael i 1963 (på vegne av The Educational and Planning Committee of the Los Angeles Society of Clinical Psychologists): "Professional schools of medicine, law, social work (and dentistry) all had their beginnings outside the university, and there is no reason to believe that the story will be different in the field of psychology." Ikke mange år etter, i 1970, så den første professional school of psychology dagens lys i California, opprettet som en privat stiftelse, uten universitetstilknytning, av en stor gruppe engasjerte og innsatsvillige praktiserende psykologer.

Selv om det i de senere år er blitt opprettet private professional schools også andre steder i USA, er det tvilsomt om disse uavhengige institusjoner vil bli det fremtidige utdanningssted for profesjonelle psykologer. I de siste 5-6 årene er det også blitt opprettet professional schools innenfor veletablerte universiteter, og det er grunn til å regne med at disse med sine større ressurser og med sitt bredere faglige miljø vil bli modellskapende over tid.

Det er ikke tvil om at psykologer som ønsker å tilby sine tjenester til folk med mentale lidelser og problemer, har forholdsvis lett for å få kunder og klienter. Men vårt moderne samfunn åpner allikevel små muligheter for individuelle bytteforhold. Gjennom syketrygd og refusjonstakster regulerer samfunnet kostprisen av profesjonelle tjenester, sett fra den hjelpsøkendes side. Det bestemmes sentralt hvilken refusjonstakst som skal gjelde for legers og psykologers tjenester, og gjennom spesialistordninger differensieres endog mellom ulike takster for i og for seg de samme ytelser.

Stillet overfor det moderne samfunns reguleringer har en profesjon små overlevelsesmuligheter med mindre den er vevd inn og har kontaktflate med sentrale styringsorganer. Som tidligere nevnt har psykologprofesjonen visse historiske røtter å ta vare på også på dette området. Faren er imidlertid tilstede for at disse røtter peker hen på andre arbeidsoppgaver enn de profesjonen for øyeblikket stiller med.

I sitt utmerkede foredrag om "Problemer psykologien står overfor idag og imorgen" på Lysebu-konferansen for 2 år siden, skisserte Anni von der Lippe en fremtidig arbeidsmodell for praktiske psykologer. "Psykologprofesjonen bør løse seg fra den tradisjonelle medisinske modell som går ut på å fjerne symptomer/problemer og isteden begynne å definere seg som en faggruppe som arbeider med sine klienter for å nå bestemte mål, istedenfor å fjerne uønsket adferd," sa hun bl.a. Dette høres jo både bra og riktig ut, men det store problem er hvem som skal betale for at folk skal få et mer meningsfylt liv.

Vil folk flest være villige til å betale for psykologens hjelp for å oppnå et kvalitativt rikere liv - ut av sin egen lommebok eller sin egen lønningspose? Er det snakk om en ny type offentlige hjelpe- og rådgivningsstillinger, blir spørsmålet tilsvarende: Vil folk flest gå inn for at deres skattepenger kanaliseres i den retning som blir foreslått? Vil de endog tolerere at skattene økes en smule for at offentlig tilsatte psykologer skal hjelpe folk til å arbeide med egne ressurser for å øke deres valg av egne løsninger? Muligheten for å få dekket virksomheten over syketrygden må vel - slik arbeidsoppgavene er definert - sies å være heller små. Skal psykologene vinne frem med offentlig støtte til en slik arbeidsmodell, tror jeg personlig at foranledningen må være at den allerede er etablert som en lønnsom geskjeft i så stor utstrekning på privat og uavhengig basis i samfunnet, at offentlige myndigheter måtte finne tiden moden til å nasjonalisere eller deprivatisere den etablerte virksomhet. Formodentligvis vil det være lenge til dette skjer. Dette skyldes ikke minst at det er vanlig blant norske psykologer å se på arbeidsmulighetene for psykologer ikke ut fra behovet for psykologens tjenester og folks villighet til å betale for disse, men ene og alene ut fra tilgangen på faste stillinger.

Oppsummering: Psykologprofesjonen har røtter som går i mange retninger. En rot strekker seg inn i akademia. En sidegren til denne rot fører inn i humaniora, en annen til naturvitenskap og en tredje til samfunnsfag. En annen hovedrot strekker seg inn i løsningen av praktiske arbeidsoppgaver. En gren av denne rot peker mot oppgaver definert av statsapparat og maktelite, og har forbindelse med forvaltning og forsvar for etablerte institusjoner og verdier. En annen gren går i retning av folkehelse og løsning av mentale problemer på individuelt, organisasjons- og samfunnsplan. Det er den siste grenen vi særlig har beskjeftiget oss med siden den utgjør en hjørnestein i svært mange praktiserende psykologers selvforståelse, - og siden det er en gren som forbinder moderne psykologisk yrkesutøvelse med virksomheter som har funnet sted i uminnelige tider. På den annen side er det løsningen av oppgaver for samfunnets styrende organer som har gitt grunnlag for en psykologisk embetseksamen; og psykologens plass i det offentlige helsestell som har gitt grunnlag for psykologprofesjonens offentlige godkjenning.

Det er blitt understreket at disse røtter alle er næringsgivende og kraftgivende, og at det er av betydning at deres interne kommunikasjonssystem holdes åpent. Det er ikke tvil om at de ikke-akademiske røtter kan gi næring til laboratorieforskning. Et eksempel på dette er en nylig avsluttet undersøkelse ved Psykologisk institutt i Bergen hvor formålet var å utprøve virkningen av magnetringer - et behandlingsmiddel som har vært kjent i over 1000 år. Et eksempel på behandling sprunget ut av laboratorieforskning er moderne enurisisbehandling. Nettopp dialogen mellom teori og praksis fremstår som langt viktigere enn at de to absolutt til enhver tid skal forenes og integreres.

Likeledes tror jeg det er viktig at psykologprofesjonen holder et åpent øye til at i vårt gjennomregulerte, moderne samfunn hjelper det lite å stå på klientens og pasientens side hvis man ikke også samtidig kan vinne forståelse for at man arbeider i pakt med fellesskapets interesser, slik disse interesser er definert og kanalisert gjennom vårt politiske system.

Summarisk og forenklet kan en si at psykologien som fag, som forståelsesform og lære, hadde sin fremvekst på 1600-tallet; at psykologien som undervisningsfag begynte å gjøre seg gjeldende på 1700-tallet; og at psykologien som selvstendig vitenskap hadde sitt gjennombrudd på 1800-tallet. Det 20. århundre er i første rekke preget av psykologiens tilsynekomst som egen profesjon. Når man ser tilbake på psykologiens vekst og utbredelse som yrke over de siste 80 år, blir en slått av at den egentlige nyskapningsfase fant sted i det første tiår av vårt århundre. I dette tiår ble fundamentet lagt for klinisk psykologi, for rådgivnings- og skolepsykologi, for arbeids- og industripsykologi. Fra dette tidspunkt har idéer og tanker om psykologiens praktiske nytteverdi blitt stadig mer aksentuert og de har spredt seg fra land til land. I dette bildet har Norge i det store og hele befunnet seg i utkanten mer enn i begivenhetenes sentrum.



## REFERANSER

- Bakke, K.: Måling av dyktighet i stillelesning. Norsk Pedagogisk Årbok 1942. Trondheim: Noregs pedagogiske landslag, 1943. Pp. 87 - 98.
- Baklien, B.: Psykologprofesjonen og dens omgivelser. Oslo: NAVF's utredningsinstitutt, 1976.
- Brunsgaard, D. & Efskind, L.: Befolkningens syn på og bruk av folkemedisin. Tidsskrift for Den norske lægeforsking, 97, 1977, 1385 - 1388.
- Christiansen, B.: Psykologiprofesjonen og dens omgivelser. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 1976, 13, 2 - 17.
- Du Bois, P.H.: A history of psychological testing. Boston: Allyn & Bacon, 1970.
- Eng, H.: Praktisk psykologi i de offentlige tyske arbeidsbyråer. Fagskolebladet, 1925, 2, 36 - 37.
- Eng, H.: Norsk oppdragsvitenskap 1900 - 1925. Norsk Pedagogisk Årbok 1926. Levanger: Noregs pedagogiske landslag, 1926. Pp. 97 - 109.
- Eng, H.: Yrkesveiledning og psykotekniske prøver. Norsk Lærerkalender for 1933. Oslo: Cappelen, 1933, Pp. 42 - 52.
- Eng, H.: Norsk psykoteknikk i ti år, 1925 - 35. Norsk Pedagogisk Årbok 1934 - 35. Hamar: Noregs pedagogiske landslag, 1935. Pp. 9 - 29.
- Garfield, S.L.: Historical introduction. I B.B. Wolman (ed.). Handbook of clinical psychology. New York. McGraw-Hill, 1965.
- Gurin, G. et al.: Americans view their mental health. New York: Basic Books, 1960.
- Havin, H.: Psykoteknikk i Norge. Norsk Pedagogisk Årbok 1944. Trondheim: Noregs pedagogiske landslag, 1944. Pp. 117 - 119.
- Heilandt, D.: Psykotekniske undersøkelser av lærlingers skikkethet for industrien. Teknisk Ukeblad, 1920, 67, 520 - 523.
- Hoch. E.L.: The profession of clinical psychology. I B.B. Wolman (ed.). Handbook of clinical psychology. New York: McGraw-Hill, 1965.
- Ivås, A.M. & Tamfors, S. (Ed.): Profesjonalisering - samfunnsbehov eller gruppeinteresse? Oslo: NAVF's utredningsinstitutt, 1977.

- Johannisson, K.: Magnetisørernas tid. Uppsala: Almqvist & Wiksell, 1974.
- Jonsson, G. &  
Kälvesten, A.L.: 222 Stockholmspojkar. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1964.
- Kluge, C.A.F.: Fremstilling av den dyriske magnetisme som lægemiddel. København, 1817.
- Lehman, A.: Overtro og trolldom. Første og annen del. København: Frimodts, 1920.
- Leighton, D.C.  
et al.: The character of danger. New York: Basic Books, 1963.
- Levine, M. &  
Levine, A.: A social history of helping services. New York: Appleton-Century-Crafts, 1970.
- Madsen, S.T. &  
Sollied, O.: Medisinsk liv i Bergen. Bergen: Grieg, 1931.
- Møller, A.: Solveigs hender. Oslo: Cappelen, 1975.
- Münsterberg, H.: Psychology and industrial efficiency. Boston: Houghton Mifflin Company, 1913.
- Münsterberg, H.: Grundzüge der Psychotechnik. Leipzig: Johann A. Barth, 1913.
- Norsk Gallup  
Institutt A/S: Ukens gallup november 1949.
- Norsk Gallup  
Institutt A/S: Ukens gallup september 1974
- Oberndorf, C.M.: A history of psychoanalysis in America. New York: Grune & Stratton, 1953.
- Reichborn-  
Kjennerud, I.: Vår gamle trolldomsmedisin. Oslo: Dybwad, 1928.
- Reichborn-Kjennerud,  
I., et al.: Medisinens historie i Norge. Oslo: Grøndahl & Søn., 1936.
- Reigstad, S.: Den "utenomvitenskapelige" delen av norsk psykologis historie. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 1978, 9, 3 - 11.
- Rohde, E.: Kritik av den Freudske psykoanalyse. Tidsskrift for Den norske lægeförening, 1917, 37, 11 - 18.
- Rønning, C.: Yrkesveiledningen i Norge. I E. Storstein (red.). Sosialhåndbok for Norge. Oslo: Nikolai Olsens Boktrykkeri, 1937. Pp. 277 - 285.

- Schjelderup, K.: Sigmund Freud: 6. mai 1856 - 6. mai 1936. Fritt Ord, 1936, 6, 113 - 121.
- Schjelderup, H.K.: Psykoanalysen og den moderne teoretiske psykologi. Samtiden, 1929, 40, 529 - 541.
- Schjelderup, H.K.: Oppgjøret omkring psykoanalysen. Fritt Ord, 1938, 8, 23 - 27.
- Schneck, J.M.: A history of psychiatry. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1960.
- Skard, Å.G.: Arbeidet ved ein mentalhygienisk skuleklinikk. Norsk Pedagogisk Årbok 1934 - 35. Hamar: Noregs pedagogiske landslag 1935. Pp. 75 - 80.
- Skard, Å.G.: Psykologi og psykologar i Norge. Oslo: Universitetsforlaget, 1959.
- Smith, T.L.: The development of psychological clinics in the United States. Pedagogical Seminary, 1914, 21, 143 - 153.
- Srole, L. et al.: Mental health in the metropolis: The Midtown Manhattan Study. New York: McGraw-Hill, 1962.
- Treschow, N.: Bidrag til en teori om Nattevandreren eller Somnabulisme. Skandinavisk Museum, 1803, 7, 126 - 146.
- Waalder, R.: Psykoteknikken og dens anvendelse ved en stor statsbedrift som Statsbanene. Teknisk Ukeblad, 1934, 81, 94 - 98.
- Waalder, R.: Personalforvaltning i industri og handel. Oslo: Cappelen, 1935.
- Østlyngen, E.: Intelligensmåling i Norge. Norsk Pedagogisk Årbok 1942 - 43. Trondheim: Noregs pedagogiske landslag, 1943. Pp. 70 - 76.
- Østlyngen, E.: Standpunktmåling i regning i de nordiske land. Norsk pedagogisk Årbok 1944. Trondheim: Noregs pedagogiske landslag, 1944. Pp. 48 - 62.
- Østlyngen, E.: Standpunktmåling i morsmål og orienteringsfag. Oversikt for de nordiske land. Norsk pedagogisk Årbok 1945. Trondheim: Noregs pedagogiske landslag, 1945. Pp. 56 - 71.

## FOLKELIG BEHANDLERPRAKSIS I VOR TID

Bente Gulveig Alver, Etno-folkloristisk institutt, Universitetet i Bergen

### Etno-medicin, et folkeligt medikalt system

I seneste debat fra lægehold stemples etno-medicinen som en samling løse husråd og snurrepiberier (Næss 1978). En sådan opfattelse skyldes uvidenhed om tradition og dennes sociokulturelle betydning. Etno-medicinen er et folkeligt medikalt system, der kan give os et billede af det samfund og den kultur, vi lever i. "Folkemedicinen inom en kultur må sedan vara den rådande eller den vikande formen av hälsovård, den har i alle fall aldrig varit ett uttryck för godtrogenhet eller skämt. Alltför stora värden står på spel för att helbrägdagörarna någonstans skulle ha blivit socialt värdelösa" (Honko 1978 s. 22). Vi kan definere etno-medicin som folkelige forestillinger om sygdom og måder at forebygge og helbrede sygdom på. Vort etno-medicinske arbejdsfelt dækker de medikale systemer, der adskiller sig fra den vestlige videnskabelige medicin. Inden for disse rammer har folklorister indsamlet det nutidige etno-medicinske materiale. Ved Etno-folkloristisk institutt i Bergen har vi koncentreret vore indsamlinger om den type etno-medicin, hvor vi finder traditionelle forestillinger, som giver sig udslag i varierende udtryksformer i det dynamiske samspil mellem den folkelige helbreder og hans patient. Det er disse former, jeg skal beskæftige mig med her, idet jeg ser bort fra den etno-medicin, der er låst fast i et bestemt filosofisk eller ideologisk system (homøopati, zoneterapi etc.).

Etno-medicinen i Norden har fra gammel tid hørt under folkloristernes forskningsfelt, og det er i de folkloristiske arkiver, man finder det ældre etno-medicinske materiale. Med den problemstilling, dette materiale er indsamlet under, tjener det bedst til at belyse et ældre samfunds sygdomsopfattelser og sygdomsforklaringer, at give indtryk af folkelige råd for behandling af sygdomme og til en vis grad at belyse sider af etno-medicinen som samfundsinstitution (Reichborn-Kjennerud 1928-47, Tillhagen 1958, Honko 1959, Bø 1972). En del af dette arkivmateriale belyser i højere grad samfundsforhold end sygdom.

Dette gælder blandt andet de folkelige forestillinger om sygdomsophav og sygdomsforklaringer. Årsagerne til sygdom kunne opfattes som supranormale. Væsentlige forklaringsmodeller af den slags i vor kultur er brud

på tabu, tab af sjæl og sygdomsvetter. Ligeledes mente man sygdom kunne påsættes af supranormale væsen, troldfolk eller andre stigmatiserende befolkningsgrupper som tatere, rakkere eller usædelige. Den svenske etnolog Jonas Frykman har fornylig analyseret et ældre etno-medicinsk materiale i forhold til, hvad folk har kaldt for horeskæver. Horeskæveren synes at have været brugt som en samlesæk for sygdomstilstande, hvor barnet ikke udviklede sig normalt, blandt andet rakitis. Den folkelige forklaring på barnets vantrivsel var, at en hore måtte have forsét sig på det. Med hore mente man den ugifte mor eller kvinden, der havde seksuel omgang med en gift mand, som ikke var hendes egen. Frykman viser, at en sådan sygdomsforklaring bliver noget som mere vedkommer relationerne mellem den usædelige kvinde og den agtværdige end det syge barn. Forestillingerne om horeskæveren bliver redskab til at hindre horen i at forsøge sig på at komme ind i fællesskabet igen og til at holde kontrol med, hvem i samfundet, der levede i illegitime forbindelser (Frykman 1977).

Også det etno-medicinske nutidsmateriale viser klart norm- og værdisystemer i vort samfund. Således giver et materiale om yngre Bergenskviinders forhold til prævention, abort og fødsel os et billede af kvinderollen i forhold til helsesystemet og sociale myndigheder (Frøiland 1976).

Der synes at være stor interesse for etno-medicin blandt folk i dag (Bruusgaard-Efskind 1977, Honko 1978, Leer 1978, Rørbye 1978). Om interessen er større nu end for bare tyve år siden, ved vi ikke. Interessen kan være intensiveret af den såkaldte "grønne bølge" og den okkulte renaissance, der har skyllet ind over den vestlige verden de sidste år. Ligeledes kan massemediernes sympati for etno-medicinen have påvirket folk. Men der kan også være tale om, at interessen hele tiden har været der, men at den er blevet mere legaliseret i folks forestillingsverden gennem syttiårenes åbne debat omkring begrebet etno-medicin.

Fra lægehold møder man den opfattelse, at interessen for etno-medicin skyldes mangel på information, og at denne kan bekæmpes ved at utbedre den. "Uvitenhet avler fordommer. Bedret helsekunnskap er sannsynligvis den beste vaksine mot den epidemi av medisinsk sjarlatanteri som ser ut til å bre seg i befolkningen. Opprustningen av helseopplysningen må dels skje gjennom skole, massemedia og frivillige foreninger slik det bebudes i Stortingsmelding om helsemessig opplysningsvirksomhet. Dels, og trolig viktigst, må legen la helseopplysning til enkeltpasienter bli en selvfølgelig del av praksishverdagen" (Fugelli 1978).

Etno-medicinen vil ikke forsvinde selv om oplysningen bliver bedre og informationen rigeligere. Etno-medicinen er et åbent system, hvis former og funktioner tilpasser sig folks behov til enhver given tid. "Concepts of illness and practices of cure are capable of significant input to social control, economic leveling, stress or anxiety release, and other important personality or group regulating processes. This is possible because folk health systems are open systems, accepting substantive in-

put from - and thus capable of functionally contributing to - economic, familial, ritual, moral and other institutional sectors. Modern scientific medicine, on the other hand, is a largely closed system, based on precisely defined knowledge, technique and procedures, all of which are discontinuous from ordinary social process" (Press 1978 s 71).

Etno-medicinen vil i vort samfund blive en marginal medicin, (Wallis and Morelye 1976) som vil tage imod de patienter, som den officielle medicin, grundet sit videnskabelige fundament, ikke vil kunne give nogen hjælp.

### Etno-medicinens patienter

I 1975 sendte jeg en spørgeliste ud til 399 Bergens-læger vedrørende deres forhold til etno-medicin. Lægerne mente listen var dårlig, men 117 svarede mig. Af svarmaterialet fremgår det, at en del af lægerne var af den opfattelse, at det var en form for udslag af indskrænkethed og uoplysthed, at folk søger hjælp ad denne vej. Undersøgelser har vist, at der er lige så meget tale om situation som om person, når et menneske opsøger en folkelig helbreder. Bliver en sygelig tilstand desperat nok, og man ikke føler, man kan få mere hjælp af lægestanden, så opsøger man den ikke-autoriserede medicin. Men vejen til etno-medicinen går ikke udenom lægen. Dette gælder de områder, hvor man har et rimeligt lægetilbud. I de områder, hvor lægetilbudet er fattigt og folk opfatter etno-medicinen som et alternativ til den videnskabelige medicin, er der ingen undersøgelser gjort i forhold til, hvornår og hvorledes man benytter sig af etno-medicinen.

Følgende oversigt er bygget over undersøgelse af etno-medicinerens patienter (Rørbye 1978):

- 1 Patienter der har haft kontakt med lægevidenskaben.
  - 1.1 Patienter fra gruppe 1, der ikke er syge ifølge lægevidenskaben.
  - 1.2 Patienter fra gruppe 1, der er syge ifølge lægevidenskaben.
    - 1.2.1 Patienter fra gruppe 1.2, der ikke kan behandles ifølge lægevidenskaben.
    - 1.2.2 Patienter fra gruppe 1.2, der kan behandles ifølge lægevidenskaben.
      - 1.2.2.1 Patienter fra gruppe 1.2.2, hvor behandlingen ikke virker tilfredsstillende ifølge patienten eller de pårørende.
- 2 Patienter der ikke har haft kontakt med lægevidenskaben.
  - 2.1 Patienter fra gruppe 2, der ikke er syge ifølge lægevidenskaben.
  - 2.2 Patienter fra gruppe 2, der er syge ifølge lægevidenskaben.

- 2.2.1 Patienter fra gruppe 2.2, der ikke kan behandles ifølge lægevidenskaben.
- 2.2.2 Patienter fra gruppe 2.2, der kunne have været behandlet ifølge lægevidenskaben.
  - 2.2.2.1 Patienter fra gruppe 2.2.2, der ikke har fået nogen form for behandling.
  - 2.2.2.2 Patienter fra gruppe 2.2.2, der ikke har fået nogen tilfredsstillende behandling i form af husråd og lignende.

Det store patientmateriale, Etno-folkloristisk institutt sidder inde med, er for største delen indsamlet i Bergen og Hordaland. Her er så godt som kun gruppe 1 repræsenteret. Gruppe 2 er den repræsentative i forhold til vort ældre materiale, og vi går ud fra, at den også til en vis grad ville være repræsentativ i et nutidsmateriale fra Nordnorge, hvor lægetilbudet er lille og etno-medicinen stærkere intergreret i menneskets trossystem. Som man ser vil der altid være grupper, der ikke kan få hjælp fra den videnskabelige medicin (gruppe 1.1 og 1.2.1). Et alternativ vil være etno-medicin. En forestilling om, at folk ikke vil prøve at søge hjælp ad anden vej end gennem den videnskabelige medicin, er ikke rimelig.

#### Den folkelige behandler

I dag fokuseres på en dataindsamling, der giver mulighed for helhedsanalyse af etno-medicinens former og funktioner i vort samfund. Materialet består af bløde data indsamlet gennem interviews, dybdeinterviews og forskellige former for observation. I dagens Norge finder vi fire typer af folkelige behandlere. Disse fire typer er også kendt fra vor ældre tradition:

1. den religiøse helbreder (individuel, uden tilknytning til helbredelse i sekterisk sammenhæng)
2. helbrederen med stærke hænder (magnetisøren),
3. urtelægen
4. den clairvoyante

Primært bruger disse fire typer i deres terapi henholdsvis bøn, energi, urter og telepati. Folkelige helbredere Norden over kombinerer disse fire princip på forskjellig måde, men et af dem plejer at være bærende for dem. Etno-medicinerens terapi varierer i forhold til personlighed og evner. Jeg skal senere komme tilbage til et eksempel på en beholders terapiform.

I vort samfund er etno-medicinen illegal i forhold til mange af dens funktioner. Lovmæssigt afstikker kvaksalverloven rammerne for etno-mediciner-

rens virksomhed, men kvaksalverloven bliver ikke taget til efterretning blandt de folkelige helbredere. Jeg tror næppe, man ved, hvad der står i den, hvis man ikke er så heldig at få den tilsendt med posten fra de offentlige helsemyndigheder, således som Anna Elisabeth Westerlund fik. Men selve begrebet kvaksalver er kendt for de folkelige helbredere. Det har en negativ værdi for dem: de forbinder det med pengepugeri, udnyttelse af folks sygdomssituation og falskhed. På grund af deres forhold til eget værd, forbinder de ikke begrebet med sig selv, men nok med "de andre".

Samfundets holdning til dem som ikke-kvalificerede i forhold til at behandle sygdom gør dem forstemte og aggressive. Denne holdning kommer bedst til udtryk ved at folk ikke fortæller deres læge, at de har søgt hjælp hos en etno-mediciner, når sygdomsbilledet er forandret. Etno-medicinerens aggression rettes først og fremmest mod lægestanden, der i sin sygdomsbehandling har den officielle accept, etno-medicineren ønsker sig.

Mange folkelige helbredere giver i dag deres evner en rationel forklaring. Det synes at være en af de måder etno-medicinen forsøger at tilpasse sig det teknificerede samfund på. Men selv om de taler om deres clairvoyance som en medfødt sjette sans i kombination med bølgeteori eller omstråler i hænderne som elektrisk energi, så synes det, at de vælger at praktisere og bruge disse egenskaber at have forbindelse med en kaldelse, der er af irrationel karakter. Denne kaldelse føler de ofte som en tung pligt, de ikke kan eller har lov til at unddrage sig. Det er almindeligt at vore etno-medicinere først begynder at praktisere i moden alder til trods for, at de har kendt deres talenter fra barndom og ungdom af. Kaldelsen eller det styrende forsyn giver dem en sikkerhed og styrke som er væsentlig i behandlingssituationen. De får en slags medie-funktion, der gør dem både ansvarsfrie og ansvarsbevidste i forhold til det, de formidler. En tryk forvisning om deres eget værd, gør dem på mange måder indifferente til det samfundet klandrer dem for. Med en så bevidst holdning til ens egen seriøsitet, har man næppe fortjent at blive betegnet som charlatan (Fuggelli 1978, Næss 1978). Derfor vil etno-medicineren ligge et hestehoved foran autoriserede behandlere, hvad enten det nu er læger eller psykologer, der som regel kun har sin videnskab som reference. Etno-medicinerens kvalifikationer har sine rødder i helt andre sfærer.

Andreas - en mand med "stærke hænder".

### Andreas som person

Han er i dag midt i sekstiårene. Han kommer fra arbejderklassen og har selv været arbejder i en og samme bedrift hele sit liv. Han bor i en to og et halvt værelses lejlighed i et af de gamle kvarterer i den by, hvor han er født. Jeg har oplevet Andreas i forhold til mange forskellige



mennesker og i mange situationer. Mit subjektive skøn er, at han er et varmt menneske, men temperamentsfuld og ambitiøs i forhold til, hvad han gør. Han har en jævn og ligetil måde at være på og er meget direkte, når han henvender sig til en. Han er en glimrende fortæller og fortæller gerne. Der er meget glæde omkring ham, for han vil gerne få folk til at le og ler ofte selv. Patienterne kan lide ham. De synes han er venlig og sympatisk, et menneske, som møder dem på deres eget plan. Det der forundrer dem mest er måske det, at han er så almindelig. Han er så almindelig "at man gerne kunne ha seet ham på Brann stadion på tribunen", som en af patienterne udtrykte sig. Det svarer ikke til det, de fleste forventer sig i forhold til en folkelig helbreder.

### Hans hænder

Andreas har "stærke hænder" (elektriske hænder, varme hænder). Dette forklarer Andreas helt traditionelt: Han har stråler i hænderne af fysisk art, stråler, som har den evne, at de lindrer smerter, dæmper feber og helbreder sygdom. Han føler disse stråler i hænderne som varme og som en sprængning. Denne følelse kan skifte i intensitet fra dag til dag og kan undertiden være så kraftig, at den er ubehagelig. Andreas mener, at når han stråler en patient, overføres en energi fra ham til den syge. Men hans hænder er ikke bare overførende. De er også følsomme flader, der registrerer sygdom. Han synes selv, det er vanskeligt at beskrive denne følelse. Jeg har opfattet ham sådan, at han føler sygdom som en ubehagelig varmekoncentration i håndfladen. Ved kræft får han direkte smerter, som kan få hele armen til at blive følelsesløs. Disse smerter kommer igen, når han stråler. Derfor bryder han sig ikke om at behandle kræft, men han siger aldrig nej til at behandle, når kræftpatienter ber ham. Han får også smerter i armen når han behandler betændelser, men smerterne bliver ikke så intense.

Når Andreas stråler, lægger han højre hånds håndflade mod den syges krop, der hvor han har fundet ud af, at det syge sidder, og presser til. Venstre hånd bruger han til at støtte patienten med, hvis det er nødvendigt. Han lader hånden ligge nogle sekunder, flytter den så en lille smule og presser til igen. På den måde lader han sin hånd gå over så meget af den syges krop, som han mener er nødvendigt.

Patienternes beskrivelse av Andeases hænder er, at de er varme, varmere end hænder normalt er. Under behandlingen bliver patienterne så varme, at nogle får lyst til at tage tøjet af. Dessuten mærker de en kriblen eller brusen i fingre, arme og ben. Når Andreas er færdig med at stråle, føler de sig så lette, som om de havde sat en tung rygsæk fra sig. Nogle patienter har fortalt, at de efter behandlingen senere på dagen har følt sig trætte og lidt utilpasset, en eftervirkning, der har fortaget sig efter en nats hvile. Jeg har set patienter, som er blevet uvel og har været ved at besvime, når Andreas efter at have strålet kroppen, er nået til nakken eller tindingerne. De har forklaret dette ved at de følte

stålingen så stærk, som om der gik en elektrisk strøm gennem hovedet på dem. Både Andreas' beskrivelse af hvad han selv føler i forhold til strålerne i hans hænder og patienternes, kender vi fra hvad vi ellers ved om folk med "stærke hænder".

### Hans kaldelse

Bag Andreas' virke som folkelig helbreder ligger der en kaldelse af religiøs karakter. Religiøs status er vanskelig at få tag i, selv om man står i et nært forhold til mennesker. Andreas forklarer selv, at han ikke er religiøs, men troende. Med det synes han at mene, at der findes noget som er stærkere end ham, noget styrende: et forsyn eller en gud, om man vil. Han mener også, at det ofte ikke er tilfældigt, at patienter kommer til ham, men at de er underlagt den samme styrelse og bliver ført til ham. Hans kaldelse er en tolkning af en række oplevelser, han har haft. Blandt disse var et fald fra et hustag, hvor han mener han var i livsfare, men hvor han klarede sig uden en skramme. Der kom også et sendebud til ham. Det manifesterede sig som en mand, der en sen aften smilende stod ved hans seng. Sendebudet fik aldrig formulert sit budskab i ord, for Andreas troede, det var en indbrudstyv og hoppede ud af sengen for at tage ham. Men sendebudet forsvandt i et ingenting ved den hårdhændede behandling og Andreas fik ikke at vide, hvad han ville. Han forstod disse oplevelser som at han skulle leve og bruge sine specielle kræfter i hænderne til at gøre godt med. Efter mange overvejelser bestemte han sig for at følge kaldelsen, fordi han mente, det var hans plikt.

### Hans behandlingsform

I mange timers interview fortalte Andreas mig om sine evner, og hvorledes han forvaltede disse. Essensen af denne information var: Andreas mener, at han kan, om ikke altid helbrede, så gøre noget i forhold til en hvilken som helst sygdom, fordi han har en slags elektrisk energi i sine hænder. Han siger, at det spiller ingen rolle, om patienterne tror på ham. Strålerne vil hjælpe i alle tilfælde. Han påpeger dog, at det er vigtigt, at folk slapper af, mens han stråler. Ellers spærrer de for strålerne. Desuden er det ofte nødvendigt, at folk kommer flere gange, da der er grænser for, hvor meget stråling de kan absorbere på én gang.

Det jeg fik at vide af hans patienter, var at de følte sig bedre eller raske, når de havde været hos Andreas. De så på hans hænder og på strålerne som reelle, men de fleste har nok en opfattelse af, at han repræsenterer en supranormal verden: han ser og forstår mere end andre. Med denne information gik jeg ind i Andreas' behandlingssituation for at forsøge at analysere det, jeg vil kalde for sygdomsdramaet. Jeg var tilstede, uden at patienterne vidste andet om mig, end at jeg var en discipel af Andreas, der forsøgte at lære, hvad han gjorde. Jeg mener selv, at støjefekten af mig selv som observatør til behandlingen var lille i

forhold til interaktionen og kommunikationen patienten og Andreas imellem. Jeg har tidligere belyst Andreas' terapi ud fra direkte båndklip fra behandlingssituationen (Alver 1978). Her vil jeg forsøge mig med en syntese, en række faktorer er væsentlige for Andreas' resultat med sine patienter:

### Ventetiden før behandlingen

Andreas har tidsbestilling. Mens jeg arbejdede med ham var ventetiden ca. fjorten dage. Da han ikke havde telefon, måtte man skrive til ham og få skriftlig svar, hvornår man kunne komme. Mange af Andreas' patienter søger ham for kroniske lidelser og terminale tilstande. Informationen om ham får de gennem venner eller familie. Patienten får da en ventetid svingende mellem håb og tvivl om at der kan gøres noget for ham. Håbet synes hos mange at blandes med skepsis og nervøsitet. Hvad er en "håndmand" eller en "klog"? De fleste har en ambivalent holdning, da de har hørt og læst meget for og imod. Det, at man har valgt at søge hjælp hos ham, er en sidste udvej. Man går ikke, fordi man så absolut tror på ham, men fordi situationen tvinger en (Alver 1978). Som en patient udtrykte sig: "Ja, jeg tror på ham, for jeg vil tro på ham, for jeg vil være rask".

Hos Andreas venter man i hans egen stue. Her er ingen fremmedgøring. Stuen er som den, man kommer fra hjemme. Måske lidt andre farver, måske lidt varmere. Andreas' kone synes varme er nødvendigt, for at man skal have det godt. Hun bærer selv koksene op fra kælderen - fire etager uden elevator. I stuen er altid mange afskårne blomster, sendt af patienter med kort, hvorpå der står "Tak for hjælpen". Fra stuen er dørene åbne til lejlighedens andre rum. Kun døren til det lille behandlingsrum, hvor Andreas opholder sig, er lukket.

Patienternes første kontakt med Andreas er hans kone. Hun er et mildt menneske. Som oftest sidder hun i stuen blandt de ventende, men hun passer døren, hjælper frakker af, gør også daglige gøremål stilfarende på bløde sko. Man kan godt få lov at vente en time, men man er i godt selskab. I modsætning til i lægens venteværelse taler man med hinanden. Ofte er samtalerne foranlediget af Andreas' kone, der spørger om, hvorledes rejsen gik, om sygdommen og hvad man har prøvet før, og hvor man har fået kontakten til Andreas.

Patienternes første direkte kontakt med Andreas er som regel, når han kommer ud af behandlingsrummet med den patient, han har behandlet. Ofte kommenteres denne behandling af Andreas, og jeg har ikke oplevet andet, end at denne kommentar har været positiv til behandlingens resultat. Andreas kommenterer direkte, hvor kæk patienten ser ud, hvor meget bedre han bevæger sig, end da han kom, hvor godt han trækker vejret etc. Han fortælle han også, mens han følger ham til dørs, at han tror, han er frisk, men mærker han det mindste smerte, må han komme igen. Når Andreas har budt farvel, kommer han ind i stuen og tager sig et overblik over patienterne

og situationen. Han småsnakker lidt med dem, der venter, før han går ind i behandlingsrummet med næste patient. Der er ro over ham og omkring ham.

### Jævnbyrdighet

I Andreas' behandlingsrum står en almindelig sofa, en blød stol med en pindestol overfor og en reol. Rummet er så lille, at det er vanskelig at være observatør uden at blive deltager. Patienten bliver bedt om at tage plads i den bløde stol, mens Andreas sætter sig i pindestolen overfor. De to sidder i bogstavelig forstand knæ mod knæ. Andreas er en velsoigneret mand som altid lugter godt. Det mest exceptionelle med ham er et par varme, tørre hænder, som patienten som regel først på dette tidspunkt stifter bekendtskab med. På Andreas' spørgsmål om, hvad han kan hjælpe med, plejer patienten at fortælle, hvad lægen har sagt, og hvor smerterne sidder. Det sker, at de spørger, om de skal klæde sig af, hvad Andreas altid smilende benægter: strålerne i hans hænder virker gennem klæderne. Mange af hans patienter er midaldrene kvinder, og det synes at være en lettelse for dem, at de får lov at beholde tøjet på.

Så stiller Andreas sin diagnose. Mens han stiller den, er han som regel tavs, inadvendt og koncentreret. Hans forklaring på, hvad patienten fejler, er ofte meget enkel, men jeg har aldrig hørt ham fortælle, at patienten ingenting fejler. Han har ofte sygdomsforklaringer, der går ud på, at der er noget galt med blodløbet, at årerne er tætnet til. Ofte finder han skævheder og ubalance i hele organismen, hvad han forsøger at rette på gennem at trække og måle lemmerne. Patienterne er glade for at få en forklaring på, hvad smerterne skyldes. Efter deres udsagn at dømmes er det en sådan forklaring, de har savnet fra lægehold. Filosofen Hans Skjervheim siger: "Det som sosiologane kallar samhandling mellom menneske - uttrykket er meir å ta som ei overskrift over eit innfløkt emne enn som eit omgrep - går i stor mun for seg ved hjelp av språket og i språket. Det er i tale og skrift at vi kjem i kontakt med andre, møter andre til dagleg og i høgtidelege situasjoner. Våre konstateringar av fakta festar vi i språklege formuleringar, like eins våre vurderingar, rettleiingar og påbod. Det er språket som gjer at vi har ei sams verd; forstår vi ikkje språket til kvarandre, lever vi i kvar vår verd, utan anna enn overfladisk kontakt" (Skjervheim 1976 s 51). Andreas og patienten har et kodefællesskab i sproget og deler en traditionel kundskab i forhold til, hvad sygdom er, og hvorledes den kan helbredes.

### Fysisk kontakt

Under hele behandlingen, der kan vare op til 30 minutter, har Andreas en nær fysisk kontakt med sin patient. Ved de fleste sygdomme går han over hele mave- og brystparti, hals og hoved, hænder, arme og ben. Andreas har desuden en kærlig attitude til mennesker. Når han har behandlet færdig, er der ekstra trøstende kærtegn på skulder og kind, og ofte forlanger han et knus til tak, når folk går.

## Energiudveksling

Andreas har øjenkontakt med sine patienter ganske længe, mens han stråler. Under behandlingerne fortæller han. Ofte fortæller han, hvad han har oplevet med sine patienter. Hans associationer går tit i retning af de patienter, der har haft samme sygdom, som han nu behandler, og disse sygdomshistorier ender altid godt. Ofte diskuterer patienten og Andreas læger. Og da de patienter, der kommer til Andreas føler sig svigtet af lægerne, bliver der ofte rettet kritik mot lægestanden. Mens Andreas stråler, kommer patienternes småskavanker for en dag: en stiv skulder her og murrende smerter der. Andreas lover at tage det hele. Når han har strålet en stund, beder han patienten om at fortælle, hvordan han nu føler sig. Merker han smerterne? For nu føler Andreas i hånden, at de bliver svagere. Flere gange under behandlingen tvinger Andreas patienten til at forsøge at føle om smerterne er blevet svagere, hvad patienten får at vide, at de er. For mig som observatør synes forholdet mellem behandler og patient at være meget nært og intenst. Den ladede stemning giver sig ofte udtryk i emotionelle udbrud, når patienten pludselig føler, at smerterne er på retur.

## Konkrete bevis på helbredelse

Andreas er meget direkte i forhold til sine patienter. Han kan være bydende, noget han tager brodden af med et smil og en humoristisk replik. Han afslutter sin behandling, når han mener, han ikke kan gøre mere, eller når han bliver træt. Han har ingen skolering, der kan bruges som skærm mellem ham og det syge menneske. Han må deltage, argumentere, forsøge at forstå hvert enkelt tilfælde for sig. Når han har afsluttet behandlingen, fortæller han enten patienten, at han er rask, eller beder ham komme igen en anden gang. Da patienterne ofte er mennesker, der har været syge i årevis, har de vanskeligt ved at tro, at de er raske. Det bliver Andreas utålmodig over, men han svarer dem, at han skal bevise det for dem. Så beder han reumatiske patienter lægge hænderne i gulvet eller strække benene mod loftet. Astma og hjertepatienter sender han fire trapper ned og op igen. Patienter med mavesår byder han krudtstærk kaffe. Er der tale om patienter med psykiske lidelser, siger han de skal gøre ting, de længe ikke har turdet lægge ryg til. Det han beder patienterne om, gør de - og synes at befinde sig godt med det.

## Konklusjon

Nyere forskning har vist, at etno-medicinen i industrilandene afdækker manglerne ved det offentlige helsesystem (Honko 1978). Dermed ikke være sagt, at disse mangler kunne være udbedret af den videnskabelige medicin. Følgende patientgrupper kunne ikke have fået sit behov dækket ved at gå til læge:

1.1 Gruppen, der efter lægens mening ikke er syg

Patienternes behov er her en sygdom. Det kan den videnskabelige medicin ikke hjælpe med, da det ville være imod dens principper. Etno-medicinen hjælper ved at den forærer patienten en sygdom, som den så fjerner igen.

1.2.1. Gruppen, der ikke kan behandles ifølge lægen

Ud fra patientmaterialet synes denne gruppes behov i første omgang at være et håb om at blive rask. Lægevidenskaben giver ikke håb om helbredelse, hvor den mener, der ingen håb er. Da etno-medicinens referenceramme indbefatter det irrationelle, kan dette behov imødekommes. Håbet og troen på helbredelse kan have en gunstig virkning på sygdomstilstanden og på patientens velbefindende.

Følgende patientgruppe kunne have fået sit behov dækket ved at gå hos lægen, men får det ikke:

1.2.2 Gruppen, hvor behandlingen af en eller anden grund synes utilstrækkelig

Patientens behov her er interesse, omsorg, forklaring af sygdommens væsen og medikamenters virkning og bivirkning, i det hele taget en større kontaktflade helbreder og patient imellem. Dækkes dette behov ikke af lægen, kan patienten vælge enten en ny læge, hvis han har mulighed for det, eller en folkelig helbreder. I denne gruppe findes mange patienter med kroniske lidelser og langvarige sygdomsforløb. Ud fra det patientmateriale jeg sidder inde med, ser det ud som om den folkelige helbreder gennem sin person eller sin terapi skaber en mere levelig hverdag for den syge: færre smerter og bedre velbefindende.

De patientgrupper der ikke kan hjælpes eller ikke bliver hjulpet af den videnskabelige medicin, vil ligge under etno-medicinens funktionsfelt. En diciplin, som skulle kunne erstatte eller afløse denne, må have et fundament eller en referenceramme der giver plads for det enkelte menneskes kognitive system og for irrationalitet.

## LITTERATUR

- Alver 1978: Bente Gullveig Alver, "Du skal gå frisk herfra". En etno-mediciner og hans patientbehandling. Tradisjon 8 27-36.
- Alver 1978: Bente Gullveig Alver, Bengt af Klintberg, Birgitte Rørbye og Anna Lena Siikala, Etno-medicinske profiler, Manus.
- Bruusgaard og Efskind 1977: Dag Bruusgaard og Lasse Efskind, Befolkningens syn på og bruk av folkemedisin. En landsomfattende intervjuundersøkelse. Tidsskrift for Den norske lægeförening nr. 27 1977 1385-1388.
- Bø 1972: Olav Bø, Folkemedisin og lærd medisin. Norsk medisinsk kvardag på 1800-talet. Oslo.
- Frykman 1977: Jonas Frykman, Horan i bondesamhället. Lund.
- Frøiland 1976: Øystein Frøiland, Marianne Giske, Kurt Slevigen, Jorid Vaagland og Eva Watne, Lege-pasient-forholdet. En del av dagens folke-medisin. Tradisjon 6 1-30.
- Fugelli 1978: Per Fugelli, Naturmedisin. Tidsskrift for Den norske læge-förening nr. 28 1978 1359-1360.
- Honko 1959: Lauri Honko, Krankheitsprojektile. Untersuchung über eine urtümliche Krankheitserklärung. Helsinki.
- Honko 1978: Lauri Honko, Folkmedicinen i utveclingsperspektiv. Tradisjon 8 1-26.
- Leer 1979: Torunn Selberg Leer, Ikkje-autorisert medisin - bruk og hold-ningar. Syn og Segn 85 108-117.
- Næss 1978: Knut Næss, Natur og medisin. Tidsskrift for Den norske læge-förening nr. 28 1978 1363-1365.
- Press 1978: Irwin Press, Urban folk medicine. A functional overview. American Anthropologist 80 71-84.
- Reichborn-Kjennerud: I. Reichborn-Kjennerud, Vår gamle trolldomsmedisin I-V. Oslo 1928-47.
- Rørbye 1978: Birgitte Rørbye, Nutidig folkemedicin. Tradisjon 8 37-45.
- Rørbye 1978: Bente Gullveig Alver, Bengt af Klintberg, Birgitte Rørbye og Anna Lena Siikala: Etno-medicinske profiler. Manus.
- Skjervheim 1976: Hans Skjervheim, Deltakar og tilskodar og andre essays. Oslo.
- Tillhagen 1958: Carl-Herman Tillhagen, Folklig läkekonst. Stockholm.
- Wallis and Morley 1976: Roy Wallis and Peter Morley, Marginal Medicine. London.

## DEBATT

Einar Dannevig:

Jeg har lyst til å ta utgangspunkt i det Bjørn Christiansen sa om utviklingen fra Mesmer og fremover når det gjaldt vår behandling av andre mennsker. Et av de problemene som særlig interesserer oss, er våre manglende evner til å forandre folk hurtig og etnomedisinernes større evner til å gjøre folk fort "bra" av forskjellige tilstander. I psykoterapiens historie kan man vel si at forholdet mellom teori og praksis har vist at vi alltid har hatt fullstendig forvrøvlede teorier og som oftest har hatt noen resultater. Et eksempel er Mesmer, som ikke var lege opprinnelig, men astronom. Hans interesse for planetenes innflytelse på jordiske fenomener førte til hans jordmagnetisme-teorier. I teoriene hadde han bundet seg med sine fordommer p.g.a. sin yrkesbakgrunn. Først etter flere generasjoner begynte man å renske ut hans teorier fra metoden. Psykologer og leger har holdt på med monokausale forklaringer - som vi idag kan se må ha vært gale.

Vi står idag i en interessant situasjon fordi vi kan skaffe oss så mange vitenskapelige opplysninger om "virkeligheten" at vi ikke lenger har noe å tro på. Nylig var jeg på Filippinene for å studere troshelbredelse, en viktig del av deres etnomedisin. De har et splittet samfunn, utover landet har de beholdt kontakten med etnomedisinen og de gamle tradisjonene, mens kulturen i byene er amerikanisert. Noen av etnomedisinerne flytter inn til byene og blir ødelagt av dollar. De skjelner skarpt mellom etnomedisinere som driver svindel - de som ikke lenger tror på det de gjør - og de som fortsatt tror på sin katolskpregede spiritualisme. Når man tar en flytur på 20 timer fra Filippinene til Norge, kommer man fra en kultur hvor det viktigste er å tro til en kultur hvor det viktigste er å tvile - særlig innen den akademiske tradisjon. Innen en religiøs tradisjon er det høyeste mål å tro på noe. Derimot Andreas er ikke religiøs, han tror ikke konfesjonelt - men han er troende i betydningen han har en visshet. Det vi i psykologien kaller "basic trust" vil si at vi har en tro på det vi gjør, på det vi opplever og det vi virker sammen med andre mennesker i, på en måte som gjør dette samvirket meningsfylt. Jeg tror vi har en svær krise her. Man kuttet ut å utforske vitenskapelig hvilken betydning suggestive faktorer hadde i terapi - bl.a. fordi Freud hadde vært hypnotisør. Hypnosen ble diskreditert, og det suggestive var noe man skulle søke å unngå i behandlingen. Det er en veldig utfordring i å drive systematisk forskning på hva som kan bringe oss tilbake med et større terapeutisk potensiale - uten at vi blir svindlere. Det er vanskelig.



Hvis vi tror på det vi gjør, har vi større sjanse til å ha bedre effekt. Men til og med den psykoanalytiske tro er raknet litt. Vi sitter med en masse former for psykoanalyse, vi sitter med flere forskjellige teorier, og de enkelte terapeuter idag tror på en slags vitenskapelighet, at vi kanskje kan greie å "bevise" så meget at vi kan begynne å tro igjen. Et spørsmål er betydningen av disse faglige innslagene på universitetet. Hvor mye skal man basere seg på først å lære folk til å være kritiske forskere, og hvor mye skal man lære dem andre ting? Hvis vi går det minste tilbake på å lære studentene å tenke innen forskningsmessige rammer og å tenke kritisk, tenke selv - da tar vi fra oss det siste trosgrunnlaget vi har: troen på at det er viktig å være kritisk og å være åpen for nye teorier, nye synsmåter.

### Leif Braaten:

Det var ganske sterkt å høre Bjørn Christiansens svære foredrag, fordi han fikk belagt mer i detalj og mye mer farverikt det korrektiv som han tidligere har kommet med overfor de mest ekstreme provokatørene om at psykologi er et fag som har skapt seg selv på under 30 år. Vi har tross alt denne svære internasjonale rammen for det hele og røttene tilbake til våre ikke-akademiske forløpere. Jeg har lyst til å takke eksplisitt for denne lærerike og nyttige opprullingen.

Om Bente Alvers foredrag må jeg si at jeg ikke er blitt så emosjonalisert av noe foredrag på lenge. Jeg følte meg nesten som en av Andreas' pasienter sittende kne mot kne. En refleksjon jeg hadde var at det er akkurat som vi, i all vår akademiske streben og alle våre bøker, har på en måte glemt hvordan folk egentlig er. Så får vi en påminnelse om at slik er de vel egentlig. Det virker så troverdig, så sant, at man blir veldig ydmyk overfor den modell av klienten som vi har, også de av oss som prøver å være såkalt "klientsentrert". Jeg føler meg utklassert til tusen over den klientsentrertheten som Andreas og Bente bedriver.

Jeg går tilbake til Bjørn Christiansens meget provoserende påstand at profesjonaliseringen kan være klientskapende, noe som våre kritikere har sagt med styrke og som vi vel fortsatt må være ettertenksomme på. Jeg har lyst til å ta utgangspunkt i min egen faglige virkelighet som klinisk psykolog for studenter på Blindern. Jeg har i 10-12 år jobbet i den psykiske helsetjenesten der og holder nå på å analysere mitt materiale, etter - håper jeg da - den forskningsmodell som jeg refererte til tidligere. Det viser seg at bruksfrekvensen av vår psykologisk/psykiatriske service er ca 2% av studenterpopulasjonen. Ut fra internasjonale epidemiologiske undersøkelser på universiteter i USA, England, Tyskland, Nederland og Frankrike har jeg estimert at prevalensen av psykiske lidelser innenfor vårt universitetssystem er ca 15%. Den er trolig noe lavere enn i normal-

befolkningen, hvilket kan tyde på at studenter tross alt er en selektert gruppe med mindre psykisk belastning enn andre. Men så til problemet: Hva bør man gjøre for å håndtere disse tusener av studenter på Blindern som etter all sannsynlighet er vel så psykisk belastet som de som kommer til vår helsetjeneste? En mulighet er at vi fem-seks-syvdobler vår kapasitet på helsetjenesten. Da vil vi kunne fange inn hele dette enorme klientelet som nå ikke har noe skikkelig tilbud innenfor universitets-samfunnet. Da kan vi gå i den fellen som en del av våre kritikere angriper oss for, nemlig at vi ubetenksomt stempler studenter som klienter. Hvis disse studentene lokaliseres, kan de bli plassert i en pasientrolle og så kan vi behandle dem. Men bør vi gjøre det? Jeg tenker på den alternative strategien og blir veldig inspirert av Bente Alvers foredrag. Kanskje man i stedet, som en slags etnofolklorist, skulle gå ut i Blindern-samfunnet og prøve å lokalisere en del Andreas-figurer blant våre mer eller mindre medmenneskelig orienterte kolleger? Gjennom konsultasjon med slike ressurspersoner kunne vi hjelpe en masse studenter med mer beskjedne psykiske lidelser ut fra den modellen som vi gjerne kaller "indirekte klientbehandling".

### Sigmund Vangsnes:

Det ser for meg ut til at Bente Alver har åpnet en kongevei inn til en virkelighet mange av oss vet lite om. Det var nytt for meg at det fantes så mange folkelige helbredere - etnomedisinere - og at de hadde så raffinerte teknikker. Men jeg stiller meg skeptisk til at psykologene eller andre etablerte behandlere forsøker å omfavne dem og få dem brakt til orden og inn i et formalisert helbredelsesapparat.

### Bente Alver:

Kan jeg bare få en replik til Braaten. Jeg tror ikke vi skal gå ind på den diskussion, Braaten: Andreas var på en større bedrift i Bergen og der var han en slags "bedriftslæge" i alle år. Det er nu én ting. Men jeg tror vi er inde på et feilt spor, hvis du mener at vi på en eller anden måde skal "kalde Andreas'er ind". Det er både at gøre lægevidenskabten og etnomedicinen en dårlig tjeneste. Etnomedicinen trives bedst illegalt. Du tager noget af nerven fra den, hvis du begynder at legalisere den. På grund af at man ikke får accept fra den officielle medicin, gør man så enormt meget når man er folkelig helbreder for at få respons fra pasientkredsen. Jeg tror du ødelægger det intensive forhold mellom helbreder og pasient ved at legalisere etnomedicinen. Derfor synes jeg ikke vi behøver at tage dette op til diskussion.

### Arnljot Gjesvik:

Min umiddelbare reaksjon er at jeg misunner Andreas. Han har det på mange måter bedre enn jeg. Han er ikke belemret med noen fagforening. Han har ingen autorisasjon. Han skriver ikke rapporter, og jeg går ut fra at han heller ikke leser vitenskapelige rapporter. Vi psykologer er en ganske ung profesjon, i hvert fall nasjonalt sett. Jeg synes en intens usikkerhet på vår eksistensberettigelse har preget oss som profesjon. Da vi innførte den første spesialiteten, husker jeg reaksjonen fra legehold var at det var da fantastisk til kravmentalitet til seg selv, innføring av mange krav hvis nødvendighet legene tvilte på - særlig dette vitenskapelige arbeidet. Vi har levd med denne usikkerheten, mens vi har bygget opp en profesjonell identitet i et samfunn vi må forholde oss til på en eller annen måte - hvis vi ikke vil velge Andreas-rollen. Vi har valgt en profesjonell etablering i forhold til Universitet, vitenskap og utdanning. Einar Dannevig sa at det å kunne tvile er alt vi sitter igjen med. Jeg føler ikke at det er et negativt kriterium, jeg vil kalle det selvkritikk. Det kan brukes i forskning og i den kliniske virkelighet. Jeg tror det kanskje kunne være ønskelig nå at en Bente Alver så på "Andreas-siden" i vår profesjonelle yrkesutøving. Fordi etterhvert som vi får mer faglig identitet og sikkerhet, så tør vi bruke denne siden av oss selv mer i vår profesjonelle virksomhet. Jeg tror ikke at Andreaser, eller i hvert fall halv-Andreaser, er helt sjelden i klinisk psykologisk utøving idag. Det er en forskjell mellom et universitetsforankret profesjonelt krav og den kliniske virkelighet som utspiller seg rundt omkring.

### Bente Alver:

Det var en replik til Gjesvik. Du sier at Andreas har det meget lettere end du. Det er en påstand jeg har mødt før hos lægerne. Du indvender at han ikke er belemret med fagforening og med normer for hvad han kan gjøre. Har du tenkt på at han også har det vanskeligere end du? Der skal meget mere til for at være en dygtig etnomediciner end en dygtig psykolog. Du kan have dårligere etnomedicinere, fordi de ikke har den personlige dynamik som Andreas har. Psykologen har i hvert fald en skolering at fare med, selv om han ikke er en personlighet. I etnomedicinen har man veldig meget med personlighet at gjøre. Jeg tror også at det har meget med personlighet at gjøre hos psykologen, men I har dog en utdanning at henge jeres hat på. Derfor tror jeg ikke det er lettere at være Andreas end at være dig. Jeg tror at Andreas kunne ønske sig støtte i en fagforening eller i hvert fald i et eller andet som aksepterer ham for det han gjør.

Carl Erik Grennes:

Jeg er enig i Gjesviks forslag fordi jeg tror en profesjon aldri vil kunne beskrive seg selv. Man trenger folk som er vant til å studere fremmede grupper og tradisjoner ut fra sine vitenskapelige forutsetninger. Sosialantropologer møter disse kulturene i et helt annet perspektiv enn det aktørene forstår seg selv ut ifra. Det har vel aldri vært tvil om at prester, sjamaner, terapeuter osv. har vært effektive. Jeg savner et spørsmål fra Bente Alver om hvorfor dette er effektivt. Et alvorlig problem for et vitenskapelig system har vært å prøve å beskrive effektiviteten ut ifra et enhetlig begrepsapparat - som ikke preges av de forskjellige teoretiske/ideologiske overbygningene som disse terapeutiske agentene har. Her mener vi at vitenskap har en forrang, fordi man prøver å stå helt utenfor og si: Jeg tror ikke et ord på den grunn dere gir for effektiviteten. Jeg observerer at dere er effektive eller ikke effektive - begge deler er like viktig her - og så prøver vi å finne ut hvilke faktorer som faktisk virker.

Hvis forskerne nå klarer dette, vil de selv kunne drive denne form for terapeutisk virksomhet? Og kanskje ennå viktigere: Vil de kunne danne en skole hvor de skal lære bort denne terapeutiske effektiviteten? Jeg mener vi gjør en grunnleggende feil ved å opprette universiteter på forskningsmessig basis, hvor vi skal lære bort teknikker. De som lærer det, er de som sannsynligvis allerede har god sans for det. Bente Alver sa det slik at etnomedisinere er en del av et "åpent system". Jeg tror bare deltakerne i et åpent system kan tilegne seg den form for tilpasning til det som er virksomt i øyeblikket, bare de kan fungere slik. Dette er stikk i strid med vitenskapen. Vitenskapen er et metodisk lukket system. Det betyr at denne viten alltid står annerledes til når det gjelder praksis enn det man lærer på stedet. Hvorfor tror psykologer og andre profesjonsmoralister at man skal danne mennesker ut fra vitenskapens bilde?

Bente Alver:

Så var det Grennes. Jeg synes det er et voldsomt spørsmål du stiller mig hvis du mener jeg skal fortælle hvorfor tro er effektivt. Det troede jeg var din business!

Paulus Steen:

Det er ikke alle gitt å falle ned fra hustak og få kallelser til å drive behandling - heldigvis finnes det andre måter å kvalifisere seg på. Så vi trenger nok psykologien en stund til. Allikevel er det interessant fordi vi kretser igjen rundt spørsmål som: Hva er det effektive? Hva er det som skaper framgang i terapien? Hva er det for en egenart vi forvalter? Jeg tror vi har god nytte av å møte denne egenarten uttrykt i en annen form under en annen kulturell betingelse, slik vi har hørt i dag. Grunnen til at vi skal oppholde oss ved det er vel å se hva vi selv kan hente ut for eget forbruk i et gjøremål som på mange måter ligner - selv om det ikke er like vellykket.

Fritz Johannessen:

Jeg vil da bare spørre Bente Alver om noe. Du synes å mene at etnomedisinen er basert på illegalitet og hemmelighetsfullhet, og at jo fler behandlingsformer vi legaliserer, jo mer vil det vokse opp illegale supplementer til disse. I så fall burde etnomedisinens status ute i befolkningen ha endret seg i Kina etter at den ble fullt legalisert under kulturrevolusjonen. Kjenner du noe til dette? Kineserene selv mente det nok var rasjonaler for deres urtemedisin o.l., men at man ikke hadde forsket nok på det til å begrunne virkningene vitenskapelig.

Ellers synes jeg argumentene går litt i kryss. På den ene side antyder du at det esoteriske element ved etnomedisinen gjør at den virker. På den annen side mener du at folk opplever vitenskapelig begrunnede behandlingsformer som esoteriske, mens etnomedisinen oppleves som rasjonal i folks daglige forståelsesform. Gjør vi psykologer oss esoteriske og ubegripelige for folk når vi baserer vår praksis på vitenskapelig forskning?

Bente Alver:

Fritz Johannessens indlæg havde jeg sikkert fortjent og er glad for. Jeg har ikke tænkt ordentlig igennem det der. WHO går ind for at bruge udviklingslandenes etnomedicin som ressource ved siden af den vesteuropæiske medicin. Den ser ud til at fungere effektivt legalt ved siden af den vestlige medicin. Men etnomedicinen er nu engang illegaliseret her i landet. Den er stemplet som illegal og har gennemgået en udvikling og har tilpasset seg under det aspekt, så situationen her til lands bliver anderledes end i udviklingslandene. Det er det eneste jeg kan svare dig. Jeg ser der er en klik i logikken her.

## Erik Larsen:

Jeg tror norsk psykologi skiller seg fra mange andre land fordi den akademiske tradisjon og mesmerismen smeltet sammen. En representant er Harald Schelderup, med akademisk doktorgrad og interesse for fysikk inkorporerte han den psykoanalytiske tenkning i sin praksis. Psykoanalysen ble legitimert av at han var akademiker, det er noe av basis for vår profesjonsutdanning idag.

Jeg tror vi har mange gode etnomedisinske innslag i vår praksis. Vi skal la Andreas i fred fordi han må være i fred for å kunne hjelpe sine pasienter. Hvis han fikk legitimasjon, var han "ferdig". Vi må se hva vi har felles med ham. Det er mye god psykologi i det han gjør. Han har f.eks. hele Rosenthal-effekten bygget inn i sin behandling, omkring forventningens betydning. Han er veldig flink til å definere bekreftende situasjoner og bekreftende mål for seg selv og pasienten. Han er veldig flink til å være til stede, til å lytte. Alt dette er innslag av vår profesjons utøvelse. Noe av den forvirring som har vært påpekt fra ikke-psykologer i denne debatten går på at vi både har en akademisk tradisjon som vi skal forsvare og som legitimerer oss, pluss at vi har en folkemedisinsk tradisjon som er en del av vår behandling. Her er vi i et spenningsfelt og da tror jeg at grunnleggende spørsmål blir: Hvor mye metodekritisk debatt kan vi tillate oss å ha? (Det er viktig i forhold til Andreas' praksis.) Hvilke fenomener skal vi la være i fred, hva skal vi ikke studere og vitenskapeliggjøre? Jeg er litt skremt av en tendens til å skulle operasjonalisere alle begreper vi bruker for dermed å forstå. Jeg tror det er en måte å ikke forstå, gitt at en del fenomener er grunnleggende - noe Dannevig var opptatt av.

I Sverige kan enhver kalle seg psykolog eller lege uten å bli straffet for det. Hvis man har en akademisk grad må man kalle seg "legitimerad" psykolog eller lege. Svenskene har godtatt etnomedisinen i en annen forstand enn oss. Men jeg tror ikke det er i en mer positiv forstand, fordi de har et skarpere skille mellom den akademiske medisin/psykologi og etnomedisin enn hva vi har. Jeg tror at vår tradisjon har mange muligheter i seg, hvis vi har det klart for oss at vi skal ikke være "Andreaser". Folk går til oss først og så til Andreas. Hvis ikke de hadde oss - og vi hjelper veldig mange som kommer, ville de ikke gå til Andreas. Det er et naturlig utfyllingsforhold mellom folkemedisinen og profesjonsutøvelse, og ikke et motsetningsforhold slik vi har en tendens til å debattere det.

Sigmund Vangsnes:

Var det slik å forstå at opplysningsnivået, utdanningsnivået, ikke spilte noen rolle for hvorvidt man søkte etnomedisinsk hjelp? Dvs. at pasientene kom fra alle sosiale lag. Det er en veldig interessant opplysning i så tilfelle, for da ville ikke det å opplyse mot slik hjelp ha noen virkning.

Bente Alver:

Oplysningen ville kanskje ha virkning på en lille gruppe, men helseopplysning i skolerne f.eks. eller hos lægen kommer ikke til at fjerne etnomedisinen, fordi det er situasjonen som avgjør om man opsøker hjelp hos de folkelige helbredere. Så var det Larsen. Jeg tror ikke det du sier representerer så mange psykologers syn, men jeg er helt enig med dig. Jeg tror også at man skal la etnomedisinerne være i fred og at man i at for sig ikke skal studere dem, men bruke dem som en ressource. La dem være det vi kaller et marginalt begrep, en niche for folk som ikke har andre steder at henvende sig. Og jeg mener at det materiale jeg sitter med viser at folk i denne givne situasjon ikke har andre steder at henvende sig. Derfor blir jeg så arg når jeg ser etnomedisinerne angrebet på den måte de blir angrebet på fra lægehold. Læger skulle trods alt ha visse rødder i kultur og tradisjon.

Bjørn Christiansen:

En aldri så liten kommentar til Dannevig med hensyn til Franz Anton Mesmer. Under sin studietid var han ikke bare interessert i astronomi, men i en rekke fag. Han var opprinnelig innstillet på å studere til prest, men avbrøt sin teologiske utdanning etter 4 år og gikk over til filosofiske studier. Etter ytterligere noen år påbegynte han det juridiske studium, men avbrøt også dette for deretter å vie seg til det medisinske studium. Etter femten års studier, innskrevet som student ved 3 universiteter, og ved alle de fire fakulteter som utgjorde datidens europeiske universiteter, avla han i 1766 den medisinske doktorgrad i Wien. Doktorgradsavhandlingen bærer tittelen *De influxer planetarum*. Det er blitt pekt på at avhandlingen inneholder tanker som har klare forbindelseslinjer bakover til Paracelsus' teorier på 1500-tallet.

Dernest en kommentar til Braaten: Jeg har ikke hevdet at profesjonalisering har klientskapende virkninger. Jeg refererte til at Thorsrud har gitt uttrykk for et slikt syn. Selv har jeg liten tro på denne teorien. Dette bygger jeg på at det foreligger en mengde beretninger om mentale lidelser

og svikttilstander som klart viser at slike har vært meget utbredt i dette land i forrige århundre og også i århundret før det. Det foreligger flere beskrivelser av sogneprester om helsetilstanden i deres eget sogn på 1700-tallet, og disse beskrivelser viser at hysterier og andre nervøse lidelser må ha vært svært utbredt. I en Bergens-beskrivelse fra begynnelsen av 1800-tallet forteller Sagen og Foss: "Til de mest herskende sykdommer kan man regne følgende: Gikt og revmatisme, halsesyke, nervesykdommer, især hos det annet kjønn, hysteri, konvulsjoner..." At profesjonaliseringen av psykologi har ført til et større antall klienter - i betydningen et større antall personer med behov for hjelp, tror jeg er en påstand de som fremsetter vil ha store problemer med å kunne dokumentere.

Det er påfallende likheter mellom hva som faktisk foregår hos en dyktig naturlege, og det som skjer i en psykoterapitime hos en utdannet psykolog. Det er ingen grunn til å tvile på at mange naturleger kan vise til gode behandlingsresultater. Men resultatene kan nok i enkelte andre tilfeller være rent ut sagt dårlige. En psykologs fortrinn vil være at han i større utstrekning kan basere sin virksomhet på et systematisert erfaringsgrunnlag. Også psykologen vil ha positive og negative resultater, men han burde ha større mulighet til å trekke lærdom av erfaringer - slik at han kan unngå feilbehandlinger og dermed være til større hjelp for flere. Når alt kommer til alt tror jeg ikke psykologens behandlingsresultater står noe tilbake for andre yrkesgruppers. En bør dessuten være klar over at psykologens klienter praktisk talt alltid har vært i kontakt med andre behandlere før de kommer til psykolog. Det er snakk om et høyst selektert utvalg av klienter. I denne henseende er det mange paralleller mellom psykologens og naturlegens terapeutiske praksis.

Jeg er helt enig med Grennes når han sier at det er veldig vanskelig for en praktiker å beskrive hva han faktisk gjør. Vi har mange eksempler på dette, kanskje særlig innenfor den atferdsterapeutiske retning. Mange er blitt slått av at atferdsterapeuter i den kliniske situasjon opptrer med langt større innlevelse, sensitivitet og varme, enn det som kommer til uttrykk i deres nøkterne og ofte distanserte rapporter om deres egen virksomhet.

Dette siste poeng har vesentlige konsekvenser for utdannelsen av psykologer. Skal vi gi våre studenter en god praktisk utdanning, må vi sørge for å ha lærere som besitter praktisk skjønn og praktisk innsikt. Det er vel og bra med lærere med stor og tyngende teoretisk og vitenskapelig produksjon. Det hjelper lite, hvis vi ikke makter samtidig å knytte til oss ved universitetene de eminente praktikere og de erfarne klinikere som kan lære våre studenter de praktiske ferdigheter som er mer påkrevet i klientrelasjoner enn fine teoretiske utlegninger og sofistiskerte begrepsanalyser.



## KUNNSKAPSMESSIG GRUNNLAG FOR PSYKOLOGISK VIRKSOMHET

### FORHOLDET MELLOM PROFESJON OG UTDANNINGSINSTITUSJON

Ivar Lie, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

#### Internasjonale fellestrekk ved psykologutdannelsen

Universitetsutdannelsen av psykologer i Vest-Europa og Amerika er i store trekk bygd opp over samme lest både hva innhold, struktur og studiemål angår.

#### Innhold og struktur

Den generelle innføringen i teoretisk psykologi omfatter vanligvis et betydelig omfang av obligatorisk undervisning såvel som øvelser innen psykologiens ulike tematiske områder. Pensum og eksamener tar sikte på å sikre en bred tematisk orientering og en metodekritisk holdning til faget som vitenskap. Av støttediscipliner inngår alltid statistikk og et større eller mindre omfang av fysiologi, anatomi og genetikk. Pedagogikk, sosiologi, sosialantropologi og psykiatri forekommer i varierende omfang og mer eller mindre obligatorisk.

Den anvendte delen av studiet varierer nok mer fra studiested til studiested enn hva den generelle teoretiske delen gjør. Det inngår alltid et selvstendig forskningsarbeid som er estimert til å kreve 1-2 semestres konsentrert arbeidsinnsats. Videre inngår det alltid obligatorisk praksis i ekstern institusjon, men denne varierer m.h.t. omfang og organisering. Noen steder er praksis fordelt på flere arbeidsområder, andre steder konsentrert på ett eller høyst to praksissteder. Samordning mellom praksis og øvrig undervisning varierer også meget. Det er vanlig at undervisning, praksis og eksamener tilsikter en bred orientering i psykologiske arbeidsmetoder både hva diagnose og intervensjon angår.

#### Målsetting

Når vi ser bort fra studieplaner direkte innsiktet på forskeropplæring, finner vi vanligvis at universitetsutdanning i psykologi tar sikte på å gi den teoretiske og praktiske opplæring som er nødvendig for å kunne arbeide selvstendig som psykolog på ulike områder av samfunnslivet.

## Målsettinger og realiteter

I praksis synes imidlertid de fleste studier å befordre større og mindre grad av skoleringsmessig ensidighet både hva arbeidsoppgaver og arbeidsmetoder angår. En ensidighet som i sin tur begrenser psykologisk yrkesutøvelse både hva gjelder hvilke problemer psykologen tar opp til behandling, hvordan problemene utredes og hvilke løsninger som blir forsøkt. Den mest utbredte ensidighet var tidligere konsentrasjon om seleksjonsvirksomhet og er idag konsentrasjon om kurative arbeidsoppgaver.

Tilsvarende skoleringsmessige begrensninger er utenkelige innenfor medisin. Hvordan har vi så kunnet tolerere slike begrensninger innenfor vårt eget fag? Bør vi fortsatt tolerere slik ensidighet? Ensidighetens uheldige følger kan det neppe være tvil om, i det psykologisk yrkesutøvelse vil måtte bli tilsvarende tilfeldig og fragmentarisk. Spørsmålet om vi fortsatt bør kunne tolerere skoleringsmessig ensidighet er derfor viktig, men kan ikke uten videre besvares med ja eller nei. Svaret vil dels måtte avhenge av om den utdanningsmessige ensidighet er betinget i tilsvarende kunnskapsmessige begrensninger. Videre kan det i samfunnets lovverk og politiske styring ligge preferanser for visse sider ved psykologisk yrkesutøvelse fremfor andre. Utdanningsmessig ensidighet kan også tenkes begrunnet i arbeidsfordeling med "nabo"-profesjoner. Viktige sider ved forholdet mellom profesjon og utdanning kan belyses ved å se nærmere på disse mulig årsaker til skoleringsmessig ensidighet.

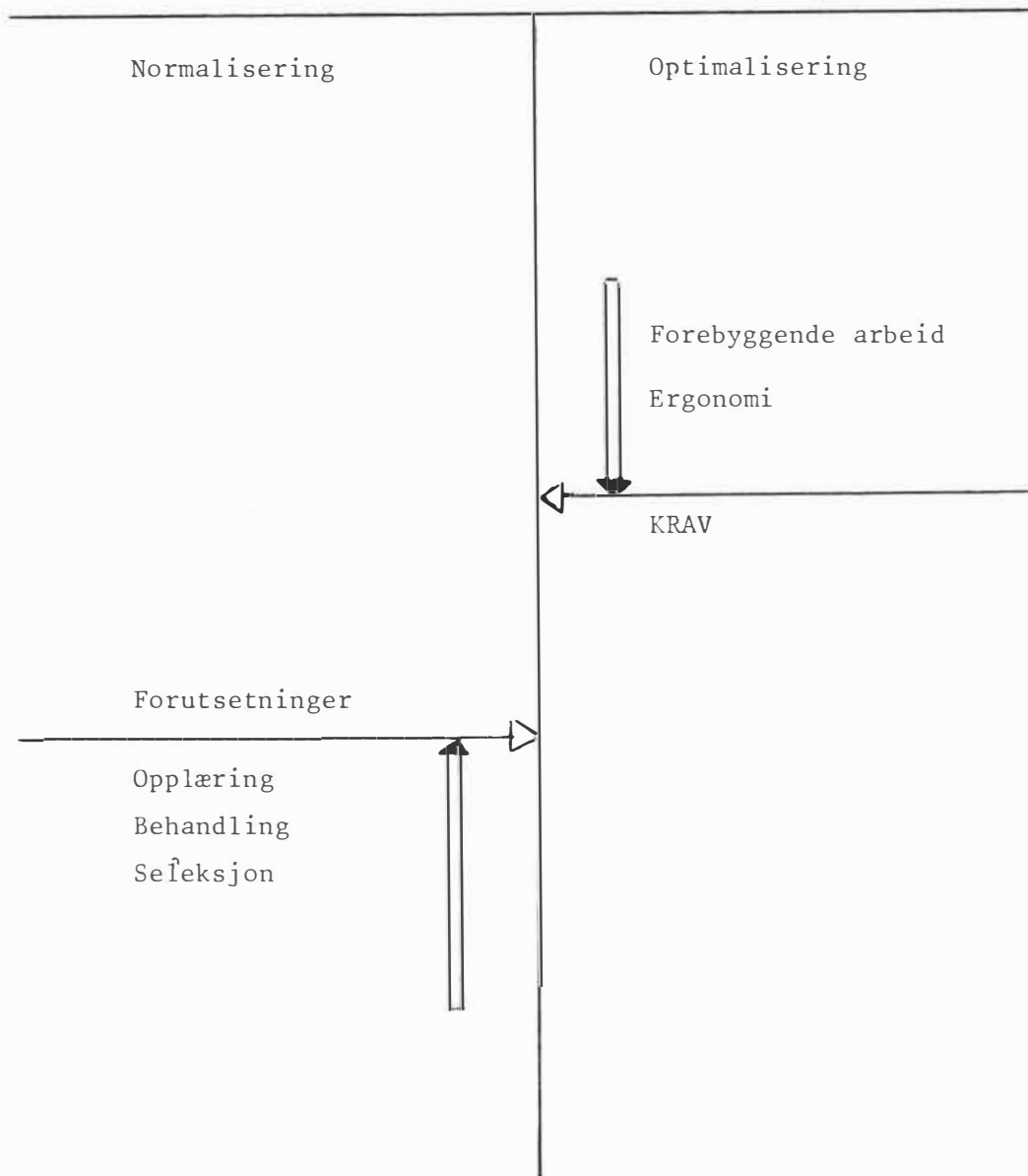
## Profesjon og lovverk

Det kan være hensiktsmessig først å se på samspillet mellom profesjon og lovverk. I de siste par mannsaldre har vi vært vitne til en samfunnsutvikling hvor livskravene er blitt utformet uten spesiell hensyntagen til menneskenes funksjonsforutsetninger. Meget av samfunnsutviklingen synes å ha bygd på den forutsetning av menneskets opplærings- og tilpasningsmuligheter er nærmest ubegrenset, - hvilket langt på vei er tilfelle. Med den enorme spredning i naturgitte såvel som ervervede menneskelige forutsetninger, på den ene side, og nokså tilfeldig utforming av funksjonskrav i samfunnet, på den annen side, ligger det imidlertid åpent til rette for kollisjoner i stort omfang, ledsaget av psykologiske og medisinske problemer.

I de fleste samfunn, også de såkalte primitive, er det utviklet tre hovedstrategier for å bedre samspillet mellom samfunnskrav og individuelle forutsetninger, nemlig: opplæring, utvelgelse og behandling av menneskelige forutsetninger. I vårt samfunn er disse strategier formalisert gjennom omfattende lovverk på ulike områder av samfunnslivet og profesjonalisert gjennom opprettelse av spesialinstitusjoner og utdanning og engasjement av fagpersonell. Psykologens yrkesutøvelse inngår som del av disse strategier.

Opplæring, utvelgelse og behandling er alle strategier som ensidig fokuserer på endring og tilpasning av individuelle forutsetninger til mer og mindre felles livskrav. Det dreier seg her imidlertid om et samspill mellom individ og miljø, hvor det prinsipielt ikke er grunn til å satse på individforandringer fremfor miljøforandringer i forsøk på å bedre samspillsforholdet. Med trygg basis i sentral psykologisk tankegang kan samspillet individ - miljø framstilles modellmessig slik.

Fig. 1



Det er ganske klart at lovverk og politisk styring av økonomiske midler frem til nå har engasjert seg på individsiden med sterk preferanse for normaliseringsvirksomhet gjennom opplæring og behandling. Som delvis konsekvens av ideologiske strømminger i samtiden, er utvelgelsesvirksomhet trådt mer og mer i bakgrunnen de senere år.

Det kan således konstateres at det er et påfallende samsvar mellom politisk preferanse og ensidighet ved den psykologiske yrkesutøvelse. Et samsvar som neppe er bare tilfeldig.

Med faglig basis i psykologisk og medisinsk teori og forskning, er det imidlertid vokst fram en bred faglig og politisk erkjennelse av det "klientskapende" samfunn og tilsvarende økt interesse for forebyggende arbeid gjennom optimalisering av livskravene (konf. Fig 1). Offentlige utredninger og lovverk har allerede fanget opp denne reorienteringen som strategimessig har fokus på tilpasning av samfunnskravene til de menneskelige forutsetninger. Klarest kommer dette til uttrykk i den nye arbeidsmiljøloven.

Psykologer står neppe tilbake for andre grupper med faglig eller politisk ansvar når det gjelder det interessemessige engasjement i forebyggende arbeid. Det er imidlertid et åpenbart og utfordrende gap mellom interesse for forebyggende arbeid og praktisering av forebyggende arbeid blant psykologer. Hvorfor? Står vi her overfor kunnskapsmessige begrensninger?

### Kunnskapsmessig basis og profesjon

Kurativ virksomhet har også innen psykologien hatt sin selvfølgerlige basis i avvikdiagnostikk. Formelle og uformelle arbeidsmetoder innenfor psykologien er i hovedsak innsiktet på å gi den type kunnskap om mennesket som er egnet for å karakterisere art og omfang av avvik fra normalitet. De mange moteriktige forsøk på å distansere psykologisk praksis fra en slik diagnostisk kultur, har vel bare i liten grad endret de faktiske forhold. Og hvorfor skulle den det?

Avviksdiagnosen er også delvis basis for den type forebyggende arbeid som består i å begrense utviklingsskader betinget av medfødte eller tidlig ervervede risikotilstander. Det dreier seg her om praktisk virksomhet med delt faglig basis i psykologi og medisin. Risikotilstanden er i overveiende grad av biologisk art. Det kreves imidlertid en aktiv innsats for å optimalisere miljøet, fysisk og psykologisk, for å unngå feilutvikling. For å kunne foreta slik planmessig miljøtilpasning er det imidlertid ikke tilstrekkelig med den kunnskap som avvikdiagnosen gir. Miljøet skal ikke tilpasses de funksjoner som er borte eller redusert, men tilpasses hva som er igjen. Optimalisering av miljøforhold forutsetter således kunnskap om de eksisterende funksjonsegenskaper og reiser behovet

for hva vi kan kalle funksjonsdiagnose eller ressursdiagnose. Denne kunnskap kan i ringe grad avledes fra avviktsdiagnostiske resultater. La oss eksempelvis si at det dreier seg om mistanke om hjerneskode etter en særdeles vanskelig fødsel. Slike indikasjoner vil kunne sannsynliggjøres/bekreftes gjennom avviktsdiagnostiske metoder. En del generell viten om de funksjonelle konsekvenser av den aktuelle type hjerneskode vil kunne gi vesentlige momenter til optimaliseringsstrategi. Men behovet for mer spesifikk kunnskap om de eksisterende funksjonsegenskaper og ressurser vil fort oppleves påtrengende.

Vi får si som sant er, her mangler både psykologien og medisinen metoder og utprøvde arbeidsprinsipper. Ennå klarere kommer savnet av funksjonsdiagnoser frem ved ergonomisk virksomhet knyttet til rehabilitering av funksjonshemmede. Vi kan holde oss til eksemplet med hjerneskode. I dette tilfelle kan det gjelde arbeidsplassering av en hjerneskodet, evneretardert person. På grunnlag av avviktsdiagnostiske data vil det kunne gis antydninger om funksjonelle egenskaper som er av betydning ved forsøk på å tilpasse arbeidskravene til personens funksjonsforutsetninger. Men disse antydninger gir et tynt og tilfeldig grunnlag for slike ergonomiske tiltak. Ergonomisk virksomhet, definert vidt og i overensstemmelse med internasjonale tradisjoner, som arbeid med optimering av livsbetingelser til menneskelige forutsetninger, vil i sin alminnelighet måtte baseres på funksjonsdiagnostikk. For å si det på en annen måte, ergonomien skal gi de menneskelige premissene for utforming av miljøkravene.

Det er mange tegn på tilbøyeligheter til å tro at ergonomisk virksomhet i stor grad kan baseres på en common sense viten, og dermed utføres uten skoleringsmessig basis i psykologi og medisin. Forvaltningen av arbeidsmiljøloven er bygd på dette synspunkt, uttrykt ved ordtaket om "at den som har skoen på, vet best hvor den trykker". Ellers hører vi stadig fagfolk så vel som andre snakke om "å legge forholdene til rette" som om det gjaldt en hvilken som helst møblering. Den mangelfulle erkjennelse, selv blant fagfolk, når det gjelder krav til kunnskap og metodikk i miljøarbeid av generell ergonomisk karakter så vel som forebyggende virksomhet, er en bekymringsfull skoleringsmessig svikt.

I et samfunnsmessig perspektiv er interessen for forebyggende arbeid kanskje særlig knyttet til langtidsvirkninger av klientskapende individmiljø samspill. Her har det etter hvert oppstått en flora av slagordpregede forklaringer og virkemidler basert på en miljøoptimisme som man skulle tro psykologer var de første til å distansere seg fra. Men nei, det er langt på vei det motsatte som er skjedd. Det er en skoleringsmessig svikt når psykologer i så liten grad har vist evne til å problematisere denne type temaer. Utforskningen av tobakkens skadevirkninger er et representativt eksempel på hvilken enorm forskningsinnsats som kreves for identifisering av den type "klientskapende" faktorer som ligger til grunn for en gradvis ervervelse av skader over lang tid. I mange tilfelle dreier det seg om tverrfaglig forskning med hovedforankring i psy-

kologi og medisin. Med utgangspunkt i psykologien utgjør her de psykosomatiske lidelser et særdeles interessant og viktig problemområde. Ved nærmere analyse vil vi lett kunne se at forebyggende arbeid i en hver form er tverrfaglig med hovedforankring i psykologi og medisin, men med sterke innslag av sosiologi, sosialantropologi, såvel som tekniske fag. Kurativt arbeid med hovedvekt på emosjonelle problemer har gitt anledning til en skoleringsmessig avsondring i forhold til nabofag, som åpenbart ikke kan opprettholdes ved engasjement i de ulike typer forebyggende arbeid. Til langt inn i 60-årene kunne muligens en slik avsondring faglig begrunnes ved at det eksisterte for lite kunnskap om f.eks. forholdet mellom psykologi og biologi til at denne kunne nyttiggjøres i praksis. Slik kan man ikke lengre argumentere. I utdannelsessammenheng innebærer dette at psykologistudiet må ha et solid biologisk innslag.

Vi kan, på bakgrunn av det som hittil er sagt om den faglige basis for forebyggende arbeid, hevde at mangel på arbeidsmetodikk såvel som manglende viten, er delvis årsak til at psykologisk yrkesutøvelse har vært, og fortsatt er, mer opptatt av kurativt arbeid og normalisering enn av forebyggende arbeid og optimalisering. Slik bør det imidlertid ikke fortsette. For det ene, må forskning og metodisk utviklingsarbeid på en helt annen måte vekkes til live ved våre universiteter og forskningsinstitusjoner. For det andre, er det en rekke store samfunnsområder hvor psykologien har en rimelig kunnskapsbasis for å drive forebyggende og annet miljøarbeid etter ergonomiske prinsipper. Det gjelder eksempelvis områder som arbeidsvern og arbeidsmiljø, attføring og integrering av funksjonshemmede på de ulike områder av samfunnslivet. Dette er områder som lovgivningen idag krever forvaltet etter ergonomiske prinsipper. Det er utdannelsen som har sviktet når disse områder ikke søkes av psykologer. En helt ny bedriftshelsetjeneste er under oppbygging. En bedriftshelsetjeneste som skal utgjøre den faglige basis og ressurs for utforming av verne- og arbeidsmiljøtiltak. Det er sviktende utdanning som er årsak til at psykologer ikke har anmeldt sin interesse for å delta i denne tjeneste.

Slik kunne vi på tragisk vis fortsette å vise at store og viktige områder av anvendt psykologi ligger brakk som følge av ensidig skoling. Tragisk fordi samfunnet har gått foran og gitt politiske åpninger for en samfunnsstyring som setter menneskenes forutsetninger i sentrum for utforming av livskravene. Tragisk fordi denne styringen trenger all den medisinske og psykologiske viten vi måtte ha om menneskenes funksjonsegenskaper.

Ja, det er vel kanskje så, vil mange si, men psykologien er vel ikke alene ansvarlig. Det finnes mange andre profesjoner, og det er vel bare riktig med en viss arbeidsfordeling profesjonene imellom.

### Psykologiprofesjonen og andre profesjoner

Kan skoleringsmessig ensidighet begrunnes under henvisning til arbeidsfordeling mellom profesjonene? Er de tverrfaglige team svaret på et krav om faglig bredde?

Det er selvfølgelig riktig av psykologer å vise respekt for andre profesjoner, men vi skal vokte oss vel for ureflektert å henfalle til slike begrunnelser for begrensninger i yrkesfunksjonen. Det er minst to særdeles åpenbare grunner til at psykologer skal være forsiktige med å fraskrive seg ansvar for samfunnsmessig utnyttelse av deler av faget. For det ene, de profesjoner som vi eventuelt foretar en ansvarsfordeling med, slik som spesialpedagoger, sosionomer, ergoterapeuter, spesialsykepleiere og psykiatere har sin skoleringsmessige masis i psykologisk faglitteratur, dvs. de er "småpsykologer" som forvalter samme fag, men på grunnlag av kortere studier og vesentlig mindre kontakt med forskningen. Skulle noen være i tvil om at det forholder seg slik, kan han ganske enkelt sette seg ned og studere studieplanene for disse yrkesgruppene. For det andre, umyndiggjøring og fragmentering er i skremmende grad fremtredende trekk ved klientarbeid i vårt samfunn. De tverrfaglige team er i mange sammenhenger rene valseverkene i umyndiggjøringens tjeneste. Det er skoleringsmessig svikt når psykologer har latt seg plassere i tverrfaglige team uten å sikre at klientens premisser blir sentrum. Tverrfaglige team bestående av profesjoner med felles faglig basis, men med ulik solid skolering, burde være vanskeligere å begrunne enn hva tilfellet synes å ha vært. Mildt sagt, det er ingen selvfølge at teamet sikrer nødvendig faglig bredde og helhet i klientarbeid.

Det er neppe tvil om at skoleringsmessig så vel som yrkesmessig ensidighet ved psykologiprofesjonen finner delvis forklaring i mer eller mindre tilfeldig arbeidsfordeling med andre profesjoner. Dette ser vi lett om vi studerer psykologen ved PPD-kontorene, i helsetjenesten og i arbeids- og attføringstjenesten.

Det er kanskje på tide at både universitetsfolk og praktikere gjenvinner den respekt for faget som de gamle augurer Wundt og Watson hadde, og opptrer med ansvar for samfunnsmessig utnyttelse av hele faget.

### Vet vi nok til å opprettholde en profesjon?

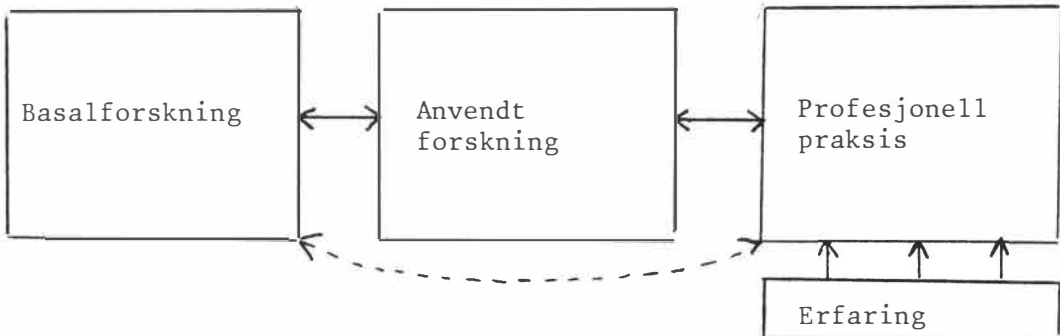
Mon tro det, vil mange si. Er det ikke ille nok at psykologer i det hele tatt har gitt seg ut på å praktisere et fag som er så kunnskapsfattig og flytende? Hvis det er noen som ønsker å ta opp den tråden, så gjerne det. Det er klart at fagets vitenskapelige status gir grunn til beskjedenhets og skepsis når det gjelder samfunnsmessig anvendelse av faget. Imidlertid vil faget, slik vi har sett, i alle tilfelle bli anvendt i samfunnets bestrebelse på å forvalte sitt lovverk og sin

politiske ideologi. Problemstillingen blir derfor: Hvordan utdanne og skolere våre psykologer slik at fagets anvendelse blir mest mulig optimal i forhold til den kunnskapsmessige basis?

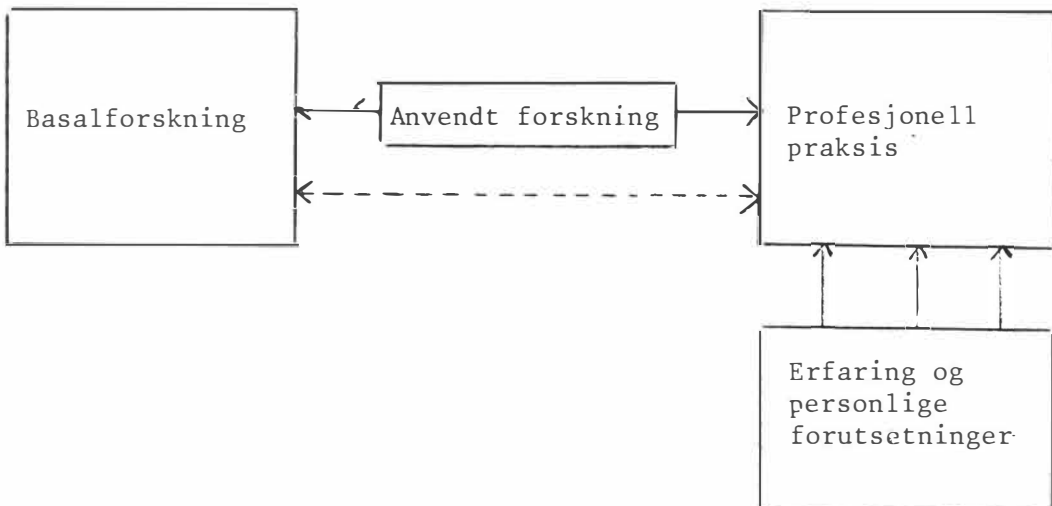
I utdanningsmessig sammenheng står vi imidlertid overfor en rekke dilemmaer i forholdet mellom vitenskap og profesjon. Det mest problematiske er at den vitenskapelige psykologi bare i liten grad har formulert sine problemstillinger med utgangspunkt i praksis, med den følge at store deler av psykologisk forskning ikke uten videre lar seg omsette til praktisk virksomhet. Det er i psykologi, som i andre fag, en forskningsoppgave i seg selv å omsette basalforskning til praktisk bruk. Det er dette omsetningsleddet som i så stor og problematisk grad mangler i psykologien, - og som derfor må kompenseres utdanningsmessig. I fag som fysikk og medisin, f.eks. foregår en kontinuerlig og omfattende anvendt forskning som sikrer en åpen og kjent vei mellom basalforskning og de praktiske arbeidsrutiner og metoder. I disse fag kan det derfor utdannes

Naturvitenskapelige og medisinske fag:

Fig. 2



Psykologi:





teknikere som ikke selv kjenner denne veien. Teknikere tilsvarende "rørleggere", "sykepleiere" osv. burde være utenkelige i psykologien. De utdannes imidlertid, som allerede nevnt, og i stort omfang i eksempelvis våre sosialskoler, spesiallærerskoler og medisinske fakulteter.

Det kan formuleres en rekke modeller for hvordan utdanningen skal kompensere for anvendt forskning. I alle disse modeller ligger det en rekke spenningsfylte balanse ganger som har skapt, og som kanskje alltid vil skape uenighet om hva som er god psykologutdanning. Blant de balanse ganger som har hatt lett for å skape de største stridigheter kan nevnes: Bredde - fordypelse, teori - praktisk ferdighetsopplæring, fritt - obligatorisk studium.

Enhver yrkesutøvelse vil ha en relativt omfattende basis i erfaring og personlige forutsetninger. Det har leilighetsvis vært hevdet at bruksverdien av basalforskningen er så liten og betydningen av personlighet og erfaring så stor at psykologutdannelsen like godt kan baseres på praktisk ferdighetsopplæring integrert med egenerapi. Dette vil neppe bli en god psykologutdanning, og den vil ikke under noen omstendighet kunne anses å være en profesjonell utdanning. Skolering i basalkunnskaper er helt nødvendig for å unngå et teknisk og ureflektert forhold til den praktiske utøvelsen. Skolering i basalforskningen er videre avgjørende for å kunne fornye sin praksis i takt med kunnskap. En ensidig teoretisk, ikke-profesjonsrettet utdanning vil på sin side befordre tilsvarende svakheter ved profesjonsutøvelsen.

På sikt er det å ønske at vi får et vesentlig økt engasjement i slik anvendt forskning som kan bygge en sikrere vei mellom basalforskning og praksis.

## DEBATT

### Anni von der Lippe:

Mange av Ivar Lies synspunkter fremsatt i hans utmerkete foredrag, finner jeg interessante og verdifulle. Jeg ville kanskje ut fra hans diskusjon ha ventet at den ble avsluttet med et synspunkt om at vi må sørge for at studiet ikke mister profesjonsaspektet av syne, istedenfor at vi ikke må miste basalfagene av syne. Hvis man skal få den oversettelsen fra kunnskap fra basalfag til profesjon og tilbake som ønskes, så er en nødt til å ha en surdeig av praksis i selve forskningsinstitusjonen. Dette er nødvendig for at man skal kunne reise problemstillinger for forskning, hvor oversettelsesbehovet eller anvendelsesbehovet fra basalforskningen blir en påtrengende utfordring, og hvor spørsmålene fra praksis kan stilles på en måte hvor basalfagene føler seg utfordret til å jenne seg mot dem. Som du selv sa, er de spørsmål som profesjonistene reiser så meget mer komplekse enn det basalfagene ofte er villig til å ta opp, at de trenger en annen forskningsstrategi. Innenfor naturvitenskapene har man frittstående institutter som foretar den oversettelsen du etterlyser. Jeg er ikke sikker på at dette er den beste modell for psykologi. Her trenger vi kanskje en så stor nærhet mellom basalfag og utøvelse, at de to bør være huset sammen. En bør kanskje unngå dette tredje leddet, som kan føre til en utdypet splittelse mellom basalforskning og profesjonsutøvelse.

I første del av din innledning snakket du om forutsetninger og miljøkrav. Det kan være en forenklet fremstilling å si at psykologene tradisjonelt arbeider med menneskers forutsetninger, enten i opplæring, behandling eller seleksjon, mens miljøsidene oversees. Hvis vi tenker på det barnepsykologiske området, så er det vel utenkelig at behandlings- og opplæringsarbeid ikke skjer i skyttelpraksis mellom barnets forutsetninger og optimering av miljøet. Jeg har i det siste sittet og kodet endel behandlingsresultater fra en undersøkelse på en barnepsykiatrisk poliklinikk. De hyppigst forekommende målsetninger for behandling var skolegang, miljøopplegg, daghjemsoplegg og tilretteleggelse av sosiale tiltak for barnet. I grunnene til bedring, var angitt både faktorer i barnets egen vekst eller utvikling gjennom økt forståelse, og faktorer hos foreldre og i miljøet.

Miljøsidene er imidlertid så kompleks og inneholder så mange elementer av viten som ikke hører psykologien til, at det kan være pretensiøst av psykologer å definere seg som miljøingeniører. Vi bør debattere hvor grensen for vår kunnskap går, og hvor det er nødvendig å trekke inn

samarbeid med andre fag. Innenfor ditt fagområde som gjelder optimering av det fysiske miljø til funksjonshemmete, er det kanskje gjort så lite overhode at psykologer må brøyte ny mark alene. Men også her kreves intensivt samarbeid med andre vitenskaper for å få det til, vil jeg tro. Jeg mener du har pekt på hvor nødvendig skytteltrafikken mellom arbeid med forutsetninger i individet og i miljøet er både i praksis og i forskning. Dette er ting som psykologer i dag arbeider meget med i praksis, og som i morgen må komme sterkere inn på våre lære- og forskningsinstitusjoner.

### Jan Smedslund:

Jeg har vært tausere enn jeg pleier på konferanser og akkurat nå skjønner jeg hvorfor. Jeg har lyst til å innføre et begrep som jeg vil kalle for seminar- eller konferansemotsetninger, som er en form for abstraksjoner som man veldig lett stiller opp når man skal snakke om noe. Det jeg har følt er at disse motsetningene som vi har vært inne på her - f.eks. mellom vitenskap og profesjon, mellom tvil og tro, mellom det som skal forskes på og det vi skal la være i fred, mellom forutsetninger og krav - ikke er så påtrengende i praksis. Slik vi faktisk fungerer i dette faget, er vi vel ikke så forferdelig plaget av disse motsetningene som vi blir når vi deltar i en konferanse. Vi kunne også ha valgt andre ord i våre diskusjoner og i stedet for motsetninger og dilemmaer kunne vi ha snakket om interaksjon og dialektikk som jo er de begreper vi underviser våre studenter i. Når vi snakker om tvil og tro, kunne vi heller ha snakket om at man har tentative troer og reflekterer over dem, at det er en stadig bevegelse i dette, osv. Helt konkret kan jeg fortelle at jeg er opptatt av minst fire forskjellige virksomheter som psykolog: Grunnforskning, undervisning i teoretisk psykologi, praktisk-kliniske kurs, og klinisk arbeid på en institusjon og med privatklienter. Det er fullt mulig å leve med dette og det er ikke statiske motsetninger mellom disse virksomhetene som plager meg - tvert imot er de stimulerende og gjensidig befruktende. Selvfølgelig kan jeg også være med i diskusjonen om de forskjellige motsetningene i faget, men jeg er ikke helhjertet i dette. I det virkelige livet synes jeg det er et stadig skifte mellom praksis og refleksjon over praksis, mellom tvil og tro, mellom rutiner, kritikk og ny innsikt.

Tilslutt vil jeg nevne at jeg har vært opptatt av vitenskapshistorie i det siste. En av de første grunnforskerne, Thales, som skrev de første bevisene av geometriske teoremer, var også en utmerket handelsmann og praktisk anlagt. Han viste at man utfra de nye teoremene kunne regne ut høyden av en pyramide uten å klatre opp på den, og beregne avstanden mellom skip til sjøs. Det var i begynnelsen ikke noen stor avstand mellom teori og praksis. Så primitiv som moderne psykologi er tror jeg at skillene mellom basalforskning, anvendt forskning og praksis er noe pompøse og urealistiske. Foreløpig kan de samme personene ganske langt på vei delta i alle disse virksomhetene, selv om noen driver mest med det ene og noen mest med det andre.

Erik Larsen:

Mine spørsmål er: Hva kan vi lære av basalforskning? Hvordan kan vi lære å bruke den? Jeg synes det er viktig å se på psykologien som en vitenskap som har erhvervet en del generelle prinsipper – det er basis. På den annen side gir dette begrensninger. Mye anvendt psykologi handler om livet, det er vanskelig å operasjonalisere og forske på det. Det har å gjøre med latter og gråt, hat og kjærlighet – det kan vi selvfølgelig ikke angripe med basalforskningen. Men det basalforskningen frambringer kan være viktig for samhandlingen mellom terapeut og klient. Hvordan lærer man ulike former for psykologi? Det har vært en skjevhet i retning av kunnskapslæring, det har vært lite opplevelsesorientert læring. Jeg tror klientene vurderer oss ut fra hvordan de opplever våre intensjoner: hvor godt forstår vi dem? hvor godt kan vi hjelpe dem? De spør forsåvidt ikke etter våre akademiske kvalifikasjoner, men etter vår evne til samhandling med dem. Da tror jeg at opplevelsesorientert undervisning må bli sentral i profesjonsutviklingen, f.eks. rollespill, veiledning, egenerapi. Jeg tror også det er et viktig etisk moment forbundet med slik undervisning: For oss er det ofte et spørsmål om psykologi og medisin, men for klienten er det et spørsmål om livet – ikke nødvendigvis liv eller død, men i betydningen livskvaliteter. Jeg tror at hvis vår opplevelse av profesjonell psykologi har sammenheng med opplevelsen av at vi arbeider med reelle livsproblemer, så har vi grunn til å lykkes.

Halvor Kjølstad:

Som praktisk yrkesutøvende psykolog synes jeg det er leit å høre at du Ivar Lie har høstet så dårlige erfaringer med tverrfaglig teamsamarbeid. Det jeg synes er enda tristere er at du generaliserer og karakteriserer dette som et "valseverk i umyndiggjørelsens tjeneste". Du tok riktignok et lite forbehold, at det kanskje ikke er slik innen deler av helsevesenet. Jeg har opplevet det som en beklagelig tendens på denne konferansen at vi så lett begynner å trække på tilgrensende yrkesgrupper. Det snakkes om alle "småpsykologene" rundt oss: sosionomer, ergoterapeuter, sykepleiere osv. Jeg tror vi gjør både oss selv og de vi arbeider sammen med en bjørnetjeneste ved å uttrykke oss på den måten. Jeg vil si fra mitt daglige arbeid at jeg aldri har opplevet det å være i team med folk fra andre yrkesgrupper som et slags "valseverk". Jeg vil gjerne understreke at selv om sykepleiere og ergoterapeuter og mange andre som vi jobber sammen med til daglig har lært mindre psykologi enn oss, så har de også lært en god del andre ting som vi ikke kan. Nettopp fordi vi sammen kan såpass mye om menneskelig adferd og opplevelse, kan vi kanskje bidra til å gjøre noe for våre pasienter/klienter.

## Hans-Jørgen Gjessing:

Det var dette med "småpsykologene" da, de som hører hjemme i psykologens nabodisipliner. Jeg forsto ikke Ivar Lie slik som det ble utlagt her, selv om han ikke fullførte sin uttalelse. Ivar Lie sier at de er "småpsykologer", og så er spørsmålet: Hva er konsekvensen av det? Hvilke konsekvenser kan en trekke av det? De er ikke bare "småpsykologer": De kan noe annet enn psykologene som vi også skal ha respekt for. Og jeg tror på en måte at psykologene gjennom tidene (jeg har fulgt dette noen år) har vært veldig ambivalente. Det er ikke bare legene som har vært ambivalente overfor psykologene, men psykologene har vært minst like ambivalente overfor andre medvirkende fagfolk. Holdningene har variert fra at "dette er ikke noe vi bør bry oss med for det kan de andre så godt", til den motsatte ytterlighet at "de kan i grunnen ingen ting, de er bare teknikere". Begge disse fallgrubene er det farlig for psykologer å falle opp i.

Så vil jeg litt inn på dette med bredde og fordypelse i studier, som stadig er et aktuelt tema. Jeg tror vi skal prøve å skjelne bedre mellom fordypelse og spesialisering. Det er ikke uten videre synonyme begreper. På så komplekse områder som vi arbeider med, kan godt bredde være fordypelse, mens spesialisering faktisk kan føre til det motsatte. Da er vi over på spørsmålet om team, og jeg er litt enig med Ivar Lie i at teamet kan virke som et valseverk selv om vi også må se verdien i slike former for samarbeid. En rekke misforståelser ligger i "lissom å tro" at vi forstår hverandre, "lissom å tro" at vi kommuniserer fordi om vi sitter sammen i et team. Faggruppene tangerer bare hverandre og sitter der til syvende og sist med sin egen inngrodde erfarings- og forestillingsverden.

Psykologene som andre yrkesutøvere, må ha en identitet, men de må også ha en referanseramme som går inn på andre felter. Det har "småpsykologene" vært flinkere enn psykologene til å ivareta. Tar en f.eks. utgangspunkt i skolepsykologien, så gjennomlevde vi i alle fall tre faser i min tid som praktiker. Den første var den kompetansestrid som vi hadde i 50-årene. Da var det få stillinger, og det var en stadig diskusjon om hvem var det som var de "rette" skolepsykologene. Først i 60-årene begynte det å bli nok arbeidsmuligheter. Så utviklet det seg en gjensidig anerkjennelse og et delingssystem i kliniske og pedagogiske psykologer i skolen. I den tredje perioden som kom litt lenger ut i 60-årene, kom den erkjennelse at delingen førte til en uheldig oppspaltning og fragmentering. Det førte ikke til en helhetlig forståelse av en kompleks problematikk.

## Bjørn Christiansen:

Ivar Lie har presentert en modell for oss som går utover den gjengse. Denne sier at på den ene side har vi vitenskap og forskning og på den annen side praktisk og klinisk arbeid. Ivar Lie's modell påpeker at det ligger noe midt imellom disse to motpoler: Han innfører praktisk forskning og klinisk forskning som en mellomkategori mellom teoretisk forankret basalforskning på den ene side, og praktisk virksomhet - uten forsknings-tilknytning - på den annen. Han betegnet mellomkategorien som anvendt forskning.

Anvendt forskning er forskning med et praktisk siktemål, sett fra basalforskerens synsvinkel. Fra praktikerens synsvinkel, er det mer snakk om umiddelbart anvendelig og yrkesrelevant forskning.

Jeg er enig med Ivar Lie i at det er viktig å vie virksomhet som faller inn under denne mellomkategorien betydelig større oppmerksomhet. Det er her brobygging er mulig mellom basalforsker og praktiker - mellom to grupper av mennesker som til daglig befinner seg i forskjellige verdener og snakker forskjellige språk. Det kan virke befruktende at basalforskeren til tider går ut av sitt laboratorium og benytter sin metodologi på praktiske problemer, på samme måte som det kan være fruktbart at praktikerens til tider går ut av sin praksis - om det nå er for å systematisere sine erfaringer, se sin virksomhet i et større perspektiv, eller for simpelthen å benytte sine kjente metoder og teknikker på et annet utvalg av mennesker enn det han omgås til daglig.

Oppbyggingen av denne mellomkategori av forsknings- og forsøksaktivitet, er en utfordring til våre universitetsinstitusjoner. Det må ikke skje på bekostning av basalforskernes arbeidsvilkår. Vi har behov for basalforskere med sine elfenbenstårn, og det ville være både tragisk og skadelig hvis de skulle bli tvunget ut av de tårn de må sitte i hvis de skal drive skikkelig grunnlagsforskning. På den annen side må det heller ikke skje på bekostning av praksisinnslagene i studiene og i en generell nedvurdering av praktikernes betydning og i deres muligheter til å bistå i overlevering av deres egne og andres erfaringer gjennom deres konkrete yrkesaktivitet.

Etter å ha tenkt endel på disse spørsmål er jeg kommet til at mellomkategorien i Lies modell ikke bare må sees som et møtepunkt, som en bro mellom to verdener, men også som et vedvarende tilholdssted for enkelte, og som en arbeidsplass som bør bygges opp på sine egne standarder. Vi trenger ved våre universiteter laboratorier og klinikker, men også institutter eller avdelinger, som er opprettet på permanent grunnlag for å ivareta den kliniske og praktiske forskning. De bør være åpne for besøkende og for gjester fra forskjellige kanter, men de bør ha en stab eller en kjerne av medarbeidere som er primært identifisert nettopp i skjæringspunktet mellom forskning og praksis.

Det store problem vi stadig møter ved universitetene er hvorledes man skal få enheter med forskjellige målsetninger og forskjellige idealer til å samordne sine aktiviteter uten å kappes om hvem som er best og de mest verdifulle og derfor bør få bestemme over den faglige utvikling. Det man ofte opplever er at alle forutsettes å bli bedømt etter de samme krav og etter den samme målestokk. Gjennomføringen av den tredelte modellen vil i siste omgang stå og falle med at man aksepterer delene som likeverdige og at man tillater delene å utvikle seg på sine egne premisser, både når det gjelder stillingsbedømmelser og ansettelses og i vurderingene av kompetanse og av egen fortreffelighet.

### Sigmund Vangsnes:

Ifølge Ivar Lie hadde psykologene lite å fare med når det gjelder forebyggende arbeid. Problemet er at det her vil komme mange utfordringer fra storsamfunnet nokså snart. Gjennom det nye Råd for forskning for samfunnsplanlegging (RFSP) er NAVF stilt overfor en rekke nye utfordringer når det gjelder å finne en forskningsmessig angrepsvinkel på alvorlige og akutte velferdsproblemer, f.eks. narkotikaproblemet. Kan psykologene tilby originale og fruktbare angrep på slike problemer? Eller skal man bare melde pass, eller oppsøke andre profesjoner?

### Arnljot Gjesvik:

Den tredelingen som Ivar Lie skisserer når det gjelder medisin føles langt mindre akutt blant medisinere enn den føles blant psykologer. Jeg tror vi konstruerer opp mye her, ut fra at vi representerer et relativt nytt fag. Anvendt forskning er veldig viktig, for den er i høy grad med på å danne et bilde av en profesjon overfor samfunn og publikum. Vi sliter med dette problemet at vi snakker om undervisning og vi snakker om profesjon. Jeg tror at det er tett sammenvevet for medisinere. Når de begynner å studere er de helt trygge på at de har en profesjon og at de får teknikker til den. Jeg tror det er veldig viktig at vi tør satse mer på psykologi. En nevnte at det f.eks. er vanskelig å snakke om følelser. Jeg tror det, jeg tror vi mange ganger er redde for å snakke om psykologiske fenomener. Som studium og som profesjon er det ennå relativt nytt. Derimot å snakke om soma, om kroppen er akseptert gjennom århundrer.

Tor Kobberstad:

Ivar Lie snakket om det manglende mellomleddet mellom basalforskning og profesjonen, og sa at i dette mellomleddet savnet man anvendt forskning. Det er mulig du ikke legger det samme i begrepet "anvendt forskning" som jeg gjør, jeg har et spørsmål: Betyr dette at psykologer aldri har tatt utgangspunktet i praktiske problemer og forsøkt å belyse dem gjennom forskning? At man tar utgangspunkt i det daglige livets problemer er jo anvendt forskning og ikke basalforskning. Mener du Ivar Lie at det aldri eller stort sett aldri forekommer i psykologi? Da må jeg si at det visste jeg ikke.

Ivar Lie:

Nei det var godt du ikke visste det, Kobberstad, for det får du ikke vite heller. Jeg satte, som jeg sa, saken på spissen. Det er imidlertid klart at en rekke sentrale forskningsområder innenfor basalforskningen startet med forskningsmessig belysning av praktiske problemstillinger. Dette gjelder f.eks. områder som intelligens og store deler av den øvrige differensialpsykologi, læringspsykologi og klinisk psykologi. Poenget mitt er at forankringen til de praktiske problemstillinger svært ofte og i stor grad er gått tapt innen den videre forskningsmessige utvikling av områdene. En systematisk tilbakeføring av basalforskning til praktisk anvendelse finner sted i meget begrenset omfang i vårt fag, sammenlignet med hva som skjer i medisin og tekniske fag. Det er mulig at Anni von der Lippe har rett i at Sentralinstituttet for industriell forskning ikke er noen god modell å kopiere for psykologi og andre samfunnsfag. Vi må kanskje finne vår egen måte å drive anvendt forskning på.

Til Vangsnes vil jeg få presisere at jeg ikke mente at vi skal vente med å engasjere oss i forebyggende arbeide - til vi "vet nok". Tvert imot vi bør lære av legene og kaste oss ut i problemene og forsøke å gjøre noe selv om vi vet lite eller nesten ingenting. Som psykologer er vi i alt for stor grad blitt sittende handlingslammet i forhold til forebyggende arbeide, - ofte mer opptatt av vanskelighetene enn av mulighetene for å drive forebyggende arbeide.



## PSYKOLOGI OG PSYKOLOGER I ARBEIDSLIVET

Nils Peter Marstrander, Institutt for organisasjonsutvikling, Oslo

Psykologer i arbeidslivet har aldri vært noen kvantitativt stor gruppe - verken i de funksjoner de har gått inn i eller i forhold til psykologene totalt sett.

Den gruppen psykologer jeg da tenker på vil jeg grovt sett definere slik:

Psykologer som på en eller annen måte er beskjeftiget med utforming av arbeidsmiljøet, rekruttering og tilpasning av mennesker til arbeidsmiljøet i arbeidsorganisasjoner av ulike slag som bedrifter, forvaltningsorganer, skoler, sykehus etc.

Slike psykologer vil i yrkesstatistikken bli rubrisert i kategorier som "knyttet til administrasjon (personalforvaltning)", undervisning, forskning, konsulenter etc.

Ut fra den foreliggende statistikk og mitt kjennskap til personer antar jeg at antallet dreier seg om ca 80. Det betyr altså godt under 10% av antall yrkesaktive psykologer.

Det kan kanskje være av interesse å se litt på fordelingen på ulike typer av institusjoner:

- |   |       |
|---|-------|
| 1. Offentlige og private virksomheter<br>Undervisningsinstitusjoner (bl.a. N.A.F. og S.T.I.)<br>Konsulentfirmaer, Rasjonaliseringsdirektoratet etc. | ca 20 |
| 2. Forsvaret  | ca 15 |
| 3. Administrasjon, offentlig forvaltning, arbeidsformidling og attføringsarbeid   | ca 35 |
| 4. Forskning og undervisning på postgymnasialt plan   | ca 10 |

De synsmåter jeg legger til grunn for betraktninger og konklusjoner om psykologi og psykologer i arbeidslivet får stå for egen regning. Jeg har ingen kjennskap til hvordan psykologer i forsvaret arbeider, og meget liten kjennskap til psykologisk arbeid i arbeidsformidling og attføringsarbeid idag.

Jeg har selv arbeidet som opplæringskonsulent for en bransje og internt i en bedrift, som personalsjef, som lederopplæringskonsulent for et institutt tilsluttet NAF og nå de siste 15 årene som privatpraktiserende konsulent i organisasjonsutvikling. Helt i begynnelsen av min karriere var jeg også innom arbeidsformidling og forskning.

Jeg har alltid følt at jeg som psykolog skulle forme de stillinger og de arbeidsoppgaver jeg har hatt. Kanskje dette har vært særlig viktig for meg innenfor et arbeidsfelt hvor det ikke er selvfølgelig at en psykolog skulle ha stillingene. Andre psykologer har tydeligvis ikke alltid følt det på samme måten - vi har ofte diskutert hvorvidt man sitter i sine stillinger som psykolog eller ikke.

### Psykologens arbeidsfelt

Det var testpsykologien som først åpnet for praktisk anvendelse i arbeidslivet. Som kjent ble tester brukt i stor målestokk for å plassere militært personell i første verdenskrig. Før den tid hadde Taylor - rasjonaliseringsbevegelsens far - hatt synspunkter på hvordan arbeidsplasser og arbeidsmetoder skulle legges opp basert på menneskelige forutsetninger. De berømte Hawthorne-undersøkelsene ga støtet til ytterligere forskning omkring arbeidsmiljøets betydning, og man ble mer bevisst hvordan forholdene innen arbeidsgrupper påvirket effektiviteten og kvaliteten i arbeidsprestasjonene. Den praktiske konsekvens av dette ble de velferdstiltak som preget personalforvaltningen i lange tider og som fortsatt utgjør et betydelig innslag i personalarbeidet i de fleste bedrifter uansett om de har egen personalavdeling eller ikke.

Hvordan psykologenes anvendelse i arbeidslivet har utviklet seg, kan også avleses av hva slags titler de har benyttet seg av. I den første fasen var man opptatt av "arbeidspsykologi". Arbeidspsykologen var orientert mot selve arbeidet - rekruttering og utvelgelse, opplæring, motivasjon. Etterhvert ble betegnelsen arbeidspsykologi lite dekkende for det psykologen stelte med. Han begynte å arbeide med ledelse og samarbeidsforhold og organisatoriske forhold ellers. Arbeidsfeltet var fortsatt stort sett industri. Betegnelsen "industripsykolog" ble derfor brukt av mange. Etterhvert vokste så organisasjonspsykologien frem og dekket alle typer arbeidsorganisasjoner. Det er vel ikke så mange som vil bruke tittelen "organisasjonspsykolog" idag, men arbeidsområdet er identifisert som organisasjonspsykologi.

De problemstillinger og arbeidsoppgaver som idag preger organisasjonspsykologien kan best avklares, tror jeg, ved å ta utgangspunkt i tankene om organisasjoner som åpne sosio-tekniske systemer.

Det tekniske systemet kan beskrives med utgangspunkt i de metoder og teknikker som anvendes for å fremstille de produkter og tjenester organisasjonen skal levere til sitt marked. Alle typer organisasjoner har en mer eller mindre karakteristisk metodikk for sin produksjon. Den kan være forankret i ulike basisvitenskaper som f.eks. naturvitenskapene i mange typer industri, medisin i sykehus, pedagogikk i skolene etc. Administrative ordninger tilpasses teknologien slik at en maksimal effektivitet oppnås i systemet. Målestokken på vellykkethet i systemet har vært og er økonomiske resultater, når dette overhodet lar seg beregne.

På den annen side har man den systemkomponent som er blitt betegnet som "det sosiale system". Menneskene eksisterer som en integrert del av det teknisk-administrative system, men kan beskrives etter sine egne lovmessigheter. Motivasjon, holdninger, ferdigheter av ulike slag, konflikt- og samspillmønstre, følelsesmessige reaksjoner er en del av organisasjonens hverdag. Her var det behov for psykologi. Hawthorne-eksperimentene viste at det var utrolig meget å hente i form av økt effektivitet ved å stimulere de sosiale forholdene i organisasjonen.

Etterhvert som forståelsen for organisasjoner som åpne sosio-tekniske systemer utviklet seg, så man imidlertid nødvendigheten av en langt mer integrert pågang ved utformingen av organisasjonene. Det betyr at man søker å få til en samtidig optimalisering av de teknisk/økonomiske, administrative og menneskelige aspekter av organisasjonen. Personalforvaltning blir ikke lenger tiltak for å tilpasse mennesker til de tekniske og administrative ordninger, og så langt dette ikke oppnås forsøke å avbøte de negative virkninger med ulike typer av velferds- og sosiale tiltak. Innsikt i menneskelige reaksjoner - i psykologi - blir en viktig ressurs for å kunne finne frem til en optimal utforming av bedriftens arbeidsmessige og organisatoriske ordninger.

Men dette betyr at det nesten ikke blir noen grense for psykologens mulighet for å gjøre seg gjeldende. Hans bidrag kan bli å gi premissene for utformingen av teknologiske og arbeidsmessige ordninger, og sammen med "fagfolkene" vurdere de sannsynlige menneskelige konsekvensene av ordningene. Men det bekrefter og understreker også at psykologen ikke kan arbeide isolert fra andre profesjoner og personell i arbeidslivet. Han kan ikke profesjonaliseres på samme måten som psykologer har klart å presse seg til en sterk og uavhengig posisjon i organisasjoner som f.eks. i sykehus og i skolen.

I den praktiske utformingen av organisasjonene kommer også maktforhold inn. Opprinnelig var byråkratiseringen av organisasjonene et virkemiddel i en demokratiseringsprosess. Eiernes og deres representanters mulighet for å gjøre seg ukontrollerbart gjeldende, ble forsøkt stoppet ved utformingen av et klart regelverk og instruksjer. Spesialisering og avgrensning av den enkeltes arbeidsoppgaver var også et middel til å begrense sjefens (eierens) makt. Men idag stenger byråkratiet i de fleste tilfeller for en ytterligere demokratisering som er ønsket i dagens samfunn. Vårt byråkrati opprettholder tradisjonelle makt- og innflytelsesmønstre som ikke er i tråd med vår tids demokratiske ideer. Dessuten er man blitt klar over at vårt byråkratiserte og profesjonaliserte samfunn fratar den enkelte både mulighet og lyst til å ta ansvar for sin egen situasjon. Det er bred tverrpolitisk enighet om dette.

Men på tross av at det er en uttalt vilje til å forandre våre organisasjonsformer, viser det seg i praksis å være en uhyre treg prosess. Det ser snarere ut til at tradisjonelle organisasjonsformer, med sterkt preg av byråkrati og profesjonalisering, får sterkere fotfeste og allerede har skapt holdningsmønstre blant folk som bidrar til å opprettholde og bekrefte de eksisterende organisasjonsforhold. Vi er tydeligvis inne i en selvforsterkende ond sirkel.

I dette perspektiv må organisasjonspsykologen se sin virksomhet. Sammen med andre faggrupper, også blant psykologene, må vi påvise de menneskelige konsekvensene - bl.a. sosiale og økonomiske kostnader - av den måten organisasjonene funksjonerer på. Det er f.eks. påvist former for teknologi som er utformet på menneskelige betingelser og som har like høy og høyere effektivitet enn konvensjonelle former. Det viktigste for oss blir kanskje å utvikle forandringsmetoder - modeller for læring - som kan gi de ulike interessegrupper i organisasjonen en balansert kontroll over utviklingen, slik at den kan snus i en politisk akseptabel retning. Det behøver ikke nødvendigvis å være partipolitisk kontroversielt. Men det er klart at organisasjonspsykologien på denne måten har et samfunnspolitisk perspektiv.

Er det da slik at psykologene står maktesløse i dagens situasjon? Selv om man har hatt grunn til å ønske seg at utviklingen kunne gått raskere, tror jeg psykologien har hatt større innflytelse i arbeidslivet i Norge enn i de fleste andre land. Rolf Waaler har vært en foregangsmann, og ble senere fulgt opp av Rolf Jangaard og nå Svein Kile. Deres betydning for utbredelse av psykologiske synspunkter i arbeidslivet tror jeg ikke kan overdrives. I Norsk Arbeidsgiverforening har utvilsomt Øyvind Skard hatt stor betydning. Einar Thorsrud har vært en pioner som også internasjonalt har hatt betydning for "å fremme anvendelse av psykologisk fagkunnskap, slik at de ulike befolkningsgrupper får den bistand de har behov for og krav på" - for å sitere Psykologiforeningens formålsparagraf.

Arbeidsmiljølovens paragraf 12 legitimerer i sterk grad det arbeid som psykologer og andre gjør for å fremme de psyko-sosiale forholdene på arbeidsplassene. Kommentarene til paragraf 12 er i seg selv en utmerket konsentrert lærebok i organisasjonspsykologi. Arbeidspsykologisk Institutt har hatt sterk innflytelse på denne siden av loven. Sammenlignet med andre land har vi en avansert lovgivning. Vi har initiert og dels fulgt opp en forskning som har vært orientert mot å finne praktiske løsninger. Publikasjoner som: Mot en ny bedriftsorganisasjon. Mot en ny skipsorganisasjon. Mot en ny skoleorganisasjon ... taler sitt tydelige språk.

### En oversikt

I relasjon til foretak og organisasjoner av ulike slag kan psykologien bidra til innsikt når det gjelder:

1. Daglig personalforvaltning - enten som spesialisert funksjon eller direkte i linjen som en del av den daglige ledelse og arbeidsutførelse.
2. Organisasjonsutvikling for å tilpasse organisasjonen, arbeidsmiljøet etc. til dagens samfunnsmessige krav.
3. Lovgivning, avtaleverk etc. som gir rammebetingelser. Tilrettelegging av organisasjonsforholdene.

De stillinger eller oppgaveområder, som i dette perspektiv blir aktuelle for psykologer, er:

1. Forskning, aksjonsforskning
2. Undervisning
3. Konsulentarbeid - veiledning
4. Praktisk personalarbeid internt i foretaket
5. Forvaltningen f.eks. arbeidstilsynet, departementer. Lovgivning - forvaltning - kontroll

I en lang rekke stillinger som primært ikke har psykologisk innhold, vil psykologer kunne forme stillingen og oppgavene slik at psykologisk tenkemåte fremmes. Det vil kunne skje på tilsvarende måte som jurister idag i administrative stillinger bærer videre en bestemt organisasjonskultur.

### En strategi for utbredelse av psykologi i dagliglivet: Psykologisk forståelse

Det er ikke spørsmål om utbredelse av psykologer, men spørsmål om utbredelse av forståelse for psykologiske synspunkter og tenkemåte. Det vil nemlig være helt utenkelig å forsøke å sette psykologer inn i faglig dominerte stillinger (f.eks. driftsingeniører).

## Aktivt engasjement i utformingen av sitt miljø

For det annet tror jeg ikke det primært er spørsmål om å påvirke arbeidslivet - selv om mitt arbeidsfelt er arbeidslivet. Dagliglivet gir et bedre perspektiv både på det vi gjør og på det vi kan gjøre i fremtiden. Vi er ett helt menneske som skal realisere oss selv gjennom alle sider ved vår tilværelse - hjemme, i familien, på arbeidsplassen, i samspillet med andre mennesker i politikk, fritidsbeskjeftigelse, i kontakten med skolen om våre barn etc.

Vi står overfor sammenhenger og avhengigheter som stadig blir mer kompliserte. Vanskelighetene øker også fordi endringene i samfunnet er så raske. Det blir dessuten vanskelig for oss å finne oss selv i sammenhengen og gå inn i et ansvarlig engasjement når deler av vår tilværelse ordnes opp i av andre.

Vårt mål må altså bli å styrke mulighetene for at den enkelte kan engasjere seg aktivt i utformingen av sitt livsmiljø. Den psykologi det da blir behov for kan ikke - og bør ikke - stilles til disposisjon i spesialiteter. Da blir det umulig å ta imot den når den trengs.

## Læring gir perspektiv og psykologers bidrag

Læring kan bli det samlende psykologiske begrep. Vår oppgave som psykologer må bli å lære folk å lære. Hittil har svært mange sider av tilværelsen vært ordnet for oss i en slags byggmesterfasong. Vi blir tildeelt en ferdig sosial modell med roller, samspill og produktiv aktivitet fastlagt i diagrammer og retningslinjer. Så skal vi lære å innrette oss. Det er en logisk og tilsynelatende effektiv måte å ordne opp på. Men den må skape passivitet og behov for "instruktører" og "veiledere".

I dagens skiftende samfunn med helt andre forutsetninger enn tidligere, er det behov for og ønskelig med helt andre fremgangsmåter. Vi bør snu rundt på prosessen og ordne oss slik at selve utformingen av det sosiale system vi trenger for å løse de oppgavene vi står overfor, er en læringsprosess. Gjennom en felles læringsprosess skal vi finne de mest smidige og effektive ordningene. Egentlig er det kanskje ikke å gjøre noe annet enn å finne frem til - eller kanskje tilbake til - den naturlige sosiale læringsprosess, bevisstgjøre den og styre den gjennom samlet medvirkning.

Organisasjonsutvikling er lansert som en slik læringsmodell, men som det nok tar sin tid å få konkretisert og alminnelig akseptert. Det som er viktig å presisere om denne måten å utforme organisasjoner på - organisasjonsutvikling - er at de teknologiske/arbeidsmessige ordningene og de administrative aspektene ikke tas for gitt på forhånd. Både teknologi og administrasjon er skapt på menneskenes premisser. Men når de allerede er etablert kan de virke som uavhengige drivkrefter. I praksis sier vi lett at vi må "tilpasse oss den teknologiske utvikling som går sin gang ubønnhørlig".

## Psykologens rolle

Hvilke psykologroller kan slike forestillinger om utvikling og forandringer som en læringsprosess føre til? Psykologen må finne frem til en rolle på klientens premisser. Det er det enkelte menneske, familien, arbeidsgruppen, organisasjonen som må bli seg bevisst sin egen situasjon og sine læringsmuligheter, formulere sitt eget læringsbehov eller sine utviklingsmål, legge til rette og gjennomføre sitt utviklingsprogram.

Det er klienten som må "eie" sin læringsprosess - ikke konsulenten. Spesialister, rådgivere og konsulenter etc. knyttet til en personalavdeling eller andre "stabsavdelinger" kan meget lett bli en klar hindring for en slik selvstendigjort utvikling. Det samme gjelder lærere, arbeidsledere, leger, sosionomer og i det hele tatt alle som har organisatorisk og personlig makt til å kontrollere andres atferd.

Psykologen må være den første til å demonstrere gjennom sitt arbeid at han forstår og tar konsekvensen av at ansvaret for utviklingen ligger hos den enkelte som skal forandre seg eller de som skal utvikle seg og skape et sosialt mønster for å oppnå noe i fellesskap. Han må arbeide gjennom skolen og våre øvrige undervisnings- og oppdragelsesinstitusjoner, i videregående skoler etc. Han må gjøre psykologiske synspunkter gjeldende i fritidsorganisasjoner, påvirke grunnholdninger og ideologi i lederopplæring - og så langt råd er anviser praktiske arbeidsmåter som fremmer selvstendigjøringen av mennesker i tilretteleggingen av sine daglige livsforhold.

Selvstendigjøringen må skje på alle stadier i sosialiseringprosessen slik at den blir en del av vår kultur. For ulike deler av dagliglivet må det utvikles og anvises metoder og prosedyrer som kan anvendes på bred basis i lærings- og utviklingsarbeid, som en måte å finne frem til de beste praktiske løsninger på de oppgaver eller problemer en står overfor.

Fagforeninger bør se slike metoder som en naturlig del av sine arbeidsmetoder for å utvikle gunstige arbeidsforhold og bli mer aktive og toneangivende i forhold til sine arbeidsgivere. Personer innenfor organisasjonene (ledere, tillitsmenn og andre) bør kunne fungere som mellommenn mellom psykologen og primærbrukeren. Slike aktuelle metoder og internkonsulenter bør utvikles i nært samarbeid med de ulike typer av brukerorganisasjoner (industri, banker, sykehus, skoler, forvaltningen etc.).

På denne måten kan det på sett og vis igjen bli bruk for amatørpsykologen. Men for det første skal vi nå alle kunne være med og hjelpe og støtte hverandre i utviklingsarbeidet. Dessuten kan vi få støtte av innsikt og metoder som psykologene utvikler og stiller til disposisjon.

### Psykologen som metodeutvikler

Jeg vil gjerne presisere psykologens oppgave som mellommann mellom psykologisk viten og innsikt på den ene siden, og brukeren på den andre siden som er alminnelige mennesker i sine spesifikke sosiale situasjoner. Psykologen må formidle innsikt i form av praktisk anvendbare fremgangsmåter i lærings- og utviklingsarbeid. Det byr på utfordrende oppgaver å gjøre psykologien ikke bare forstått, men også anvendbar. Metodene og det materiell som utvikles må holde faglig og pedagogisk mål. En viss risiko kan det selvfølgelig være for at en slik fremgangsmåte ikke bidrar til selvstendigjøring og til å skape et virkelig eierforhold til prosessen - men det må være en utfordring for psykologen å unngå det.

### Hvilke spesialister blir det behov for?

På det almenpraktiserende plan vil det såvidt jeg kan forstå på dette grunnlaget ikke bli behov for spesialister slik vi ser dem idag. Det må imidlertid bli behov for å tilpasse metoder til ulike anvendelsesområder - noe som i stor grad bør skje i samarbeid med de aktuelle yrkesgrupper.

Helt riktig vil det vel ikke være å kaste bort den spesialiserte kliniker for terapi i grupper eller individuelt. Klinikerens selv må få avgjøre når det er den beste behandlingsform.

Innen forskning vil det selvsagt stadig bli et meget sterkt behov for fordykning innen spesielle områder. Resultatene vil etterhvert berike og forbedre det utvalg av praktiske metoder som kan stilles til disposisjon for primærgruppene.

### Hva vil vi med denne konferansen?

Jeg er litt spent på om disse tankene kan sees som et bidrag til å realisere denne konferansens formål: "Belyse bakgrunnen for fremveksten av psykologi som profesjon. Drøfte om det kunnskaps-/erfaringsmessige grunnlag berettiger det omfang av praktisk psykologisk virksomhet vi har idag og om det er grunnlag for å gå videre i profesjonaliseringsprosessen - og i tilfelle hvordan og på hvilke felter".

Det er vel atskillig risiko for at denne konferansen vil bli betenkelig lik mange av de kurs og seminarer etc. som vi organisasjonspsykologer arrangerer eller deltar i for å få fotfeste for endring og utvikling i organisasjoner. Det fører altfor ofte ikke til noe som helst. Vi kan saktens sette oss i en slags tilskuerposisjon til oss selv.

Vi kjenner jo fra utallige samtaler og diskusjoner problemene som knytter seg til profesjonalisering og byråkratisering - det er neppe så mye nytt som kan komme frem. Er vi villige til å gjøre noe med det? Hva gjør vi



på mandag? Hva slags kontrakter er vi villige til å inngå idag i en kanskje litt følelsesladet stemning hvor vi føler nærhet og tillit? Kommer vi til å sabotere dem allerede i utgangspunktet ved så å si å "krysse fingrene" når vi inngår dem?

Vi burde kunne bruke slutten av denne konferansen til å besvare følgende spørsmål:

1. Hva er det nødvendig å gjøre noe med? Vårt samfunnsansvar, våre erfaringer kan si oss noe om det. Vi har analyser og data nok - bl.a. fra forrige konferanse.
2. Er vi villige? Hvordan passer det meg personlig? Hva blir det da til med min prestisje, med mine oppgaver, med mitt utbytte?
3. Har vi - eller er vi villige til å forsøke å skaffe oss - organisasjonsmessig styrke til å kunne forandre roller, samarbeidsformer, vurderingskriterier etc.?
4. Hvordan kan vi komme til å sabotere vår gode vilje, forsetter eller beslutninger? Vi kan bare forebygge sabotasje ved helt konkret å forestille oss hvordan vi kan komme til å gjøre det.
5. Når vi har besvart disse spørsmålene ærlig og oppriktig, har vi grunnlag for å kunne planlegge helt konkret hva vi skal gjøre.

Hva kan den praktiske konsekvensen bli av en slik planlegging? Fremtiden får se det, men kunne det tenkes at vi får se fremveksten av private og/eller offentlige utviklingssentre med et ikke uvesentlig islett av psykologer som kan betjene ulike deler av samfunnet. De vil ikke primært være bransjeorientert. Deres virksomhet vil skje på konsultativ basis. Et eventuelt direkte arbeid i felten skal sikre utviklingen av metoder og fremgangsmåter i utviklingsarbeidet som skal drives av klientene selv. En helt sentral oppgave ville bli utvikling av ressurspersoner og internkonsulenter hos klientene.

Jeg ser det ikke for utelukket at slike sentra også kan arbeide klinisk både med klienter individuelt og i ulike gruppekonstellasjoner, f.eks. familieterapi, gruppeutvikling, konfliktløsning i og mellom grupper, og organisasjonsutvikling. Utviklingsarbeidet bør kunne skje i intimt samarbeid med sentrale forskningssentra.

Gjennom en slik utvikling kan det muligens utvikles en mer almen psykologrolle, og i alle fall bør det stimulere til at psykologer med ulik kompetanse og erfaring kan samarbeide og utnytte sine totale ressurser bedre. Slike utviklingssentre kunne også tjene som base for frittstående psykologer.

La meg avslutte dette innlegget med et sitat fra Søren Kierkegaard hentet fra Leo Eitingers og Nils Retterstøls bok om nevrosener. Det kan tjene som en rettesnor for oss så vel i forholdet til klientene som i forhold til samspillet oss psykologer imellom:

"At man, når det i sannhet skal lykkes en å føre et menneske hen til et bestemt sted, først og fremst må passe på å finne ham hvor han er og begynne der. Det er hemmeligheten i enhver hjelpetekunst. Enhver som ikke kan det, han er selv i en innbildning når han mener å kunne hjelpe en annen. For i sannhet å kunne hjelpe en annen, må jeg forstå mer enn ham - men dog vel først og fremst forstå det han forstår. Når jeg ikke gjør det - så hjelper min mer-forståelse ham slett ikke. Vil jeg allikevel gjøre min mer-forståelse gjeldende, så er det fordi jeg er forfengelig eller stolt, så jeg igrunnen i stedet for å gavne ham, egentlig vil beundres av ham. Men all sann hjelpen begynner med en ydmykelse. Hjelperen må først ydmyke seg under den han vil hjelpe og derved forstå at det å hjelpe er ikke det å herske, men det å tjene, at det å hjelpe ikke er å være den herskesykeste, men den tålmodigste, at det å hjelpe er villighet til inntil videre å finne seg i å ha urett, og i ikke å forstå hva den annen forstår: Ta et menneske i lidenskap, la det være så at han i virkeligheten har urett - dersom du ikke kan begynne således med ham at det ser ut som var det han som skulle belære deg, og dersom du ikke kan gjøre dette således at han, som utålmodig ikke vil høre et ord av deg, med tilfredsstillelse finner i deg en velvillig og oppmerksom tilhører: Kan du ikke det, så kan du heller ikke hjelpe ham."

## PSYKOLOGER I SKOLEN

Jossi Mordal, Skolepsykologisk kontor, Asker

Når jeg har sett programmet for konferansen, har jeg følelsen av at det er jeg som skal innlede brostensballen - det er en omskrivning av grasrota, og på et brostensball er vi litt folkelige av oss. Vi som arbeider i skolen kan nok føle oss som det Ivar Lie karakteriserer som "småpsykologer".

Jeg vil starte med et sitat. Det lyder som følger:

"Meir og meir stiger kravet fram til skolen at han har ansvaret for barna ikkje berre med omsyn til at dei får kunnskapar, men og at dei veks opp til livsdugelege, helsuge, lykkelege menneskje. Skolelækjar, skoletannlækjar, skolepsykiater, skolepsykolog, mentalhygieniske skoleklinikkar, skolefrukost og liknande institusjonar vitnar om at skolen i fleire og fleire land tar ansvaret på seg for den kroppslege og sjelelege helsa hos elevane.

Dette er et sitat som er hentet fra en artikkel som Åse Gruda Skard skrev i et tidsskrift som het Pedagogisk Forum i 1936. Hun slutter denne artikkelen slik:

"Jamvel med denne ordninga og den ramma skolen har i dag, kan lærarane gi det einiskilde barnet stor personleg hjelp."

Dette var altså for 43 år siden. Hvor står vi så hen idag? Og hvordan har utviklingen fram til idag forløpt? Hvem er det som har vist interesse og ansvar for å skape en skole som gir barn et godt oppvekstmiljø og hjelp til de ulike grupper i skolen?

### Kort historikk

Allerede fra tidlig i 1930-årene så begynte man både fra pedagogisk og medisinsk hold å interessere seg for tilbud til barn i skolen. Oslo og Aker skolestyre opprettet i 1935 en komite for pedagogisk forskning, som også forvaltet økonomiske midler for forsøk og utprøving av tiltak i skolen. Ved siden av det fra den pedagogiske siden ble også Mentalhygienisk

poliklinikk grunnlagt i 1931. Fra denne klinikken ble barn undersøkt, og det ble gitt råd og veiledning både til foreldre og lærere. Denne klinikken var basert på "child guidance"-modellen, og barnet eller barn og foreldre kom da til klinikken og fikk hjelp. Samtidig så ble det midt i 1930-årene i Buskerud og Vestfold fylker også opprettet en psykologstilling som skulle ta seg av arbeidet med barn med store vansker. Denne virksomheten utviklet seg også raskt til å bli en rådgivningstjeneste for skolen i disse to fylkene. Der utviklet det seg sånn at når problembarna eller problem-elevne ikke kom til psykologen, så gikk psykologen ut til skolene.

Så vi ser at allerede før krigen var spiren til ulike organisasjonsmodeller for ytelse til barn og rådgivning til skolen grunnlagt. Denne situasjonen synes jeg at jeg kjenner igjen fra dagens skole også. Når det gjelder den videre utvikling så fantes der en skolepsykiater i Aker, og under krigen så gjorde han sammen med en psykolog viktige framstøt i skolen. Dette førte til at det rett etter krigen ble opprettet et skolepsykologisk kontor i Aker. Året etter ble det opprettet et skolepsykologisk kontor i Oslo. I 1948 ved sammenslåing av Aker og Oslo kommuner ble skolepsykologisk kontor i Oslo en realitet og da en sammenslåing av disse to kontorene. Det var starten og da hadde man fått et navn. Det het Skolepsykologisk Kontor.

Men disse skolepsykologiske kontorene eller denne psykologiske tjenesten i skolen, de vokste ennå ikke opp som paddehatter rundt omkring i landet. Det tok ennå noen år, - og først og fremst så tror jeg at det hang sammen med både at fag og arbeidsområde var ukjent på landsbasis, men også at opprettelsen av kontorene og driften av disse var de enkelte kommuners ansvar. Og andre oppgaver var vel sannsynligvis mer påtrengende i etterkrigstidens Norge enn å skaffe psykologer til skolen.

I 1955 skjedde det imidlertid noe som var viktig for den senere utviklingen. Da ble folkeskoleloven revidert, og Staten ble pålagt et ansvar for å overta en del av de utgiftene til stillingene ved de skolepsykologiske kontorene. I 1959 hadde Staten fått i oppdrag å dekke 50% av alle psykologstillinger og alle kuratorstillinger ved de skolepsykologiske kontorene. Med en slik bedring av økonomien og med all den utvikling og endring som fant sted på ulike felt i samfunnslivet, ble det etter hvert lettere for kommunene å opprette skolepsykologiske kontorer. Jeg vil anta at noen kommuner nok klart så at skolene og elevne hadde behov for en sann tjeneste, andre opplevde vel ennå at de skolepsykologiske kontorene var et status-symbol. Men i hvert fall så ble fasit i slutten av 1950-årene eller i begynnelsen av 1960-årene at det ble opprettet langt flere kontorer og stillinger for psykologer enn det den gang var folk til å bemanne disse. Dette skjedde, tror jeg jeg tør si, uten altfor mye engasjement og innsats fra psykologens side. Vi fikk altså på dette tidspunkt overrakt et arbeidsfelt og stillinger til forvaltning, som vi kanskje ikke helt visste å sette pris på.

## Psykologer eller pedagoger ?

De skolepsykologiske kontorene ble etterhvert bemannet med pedagogiske psykologer som da oftest var pedagoger eller lærere med cand.psychol.-eksamen, og med kliniske psykologer. Arbeidsfordelingen mellom de to ulike gruppene ligger i stillingsbetegnelsen. Opprettelsen av disse to forskjellige typene stillinger for psykologer forteller meg at skolevesenet da hadde akseptert at barn som var i skolen både trengte hjelp med læringsprosessen i skolen og i relasjon til skolens krav, men også med emosjonelle, sosiale og atferdsmessige vansker.

Men hverken skolen eller de skolepsykologiske kontorene stoppet sin utvikling der. I 1969 fikk vi en ny lov - altså lov om grunnskolen, som lovhjemlet en pedagogisk-psykologisk rådgivningstjeneste i alle landets kommuner. Denne tjenesten er også blitt forandret siden 1969. Innholdet i tjenesten og forventningen til denne finner etterhvert en form eller har funnet en form som langt på vei - såvidt jeg kan se - er bestemt ut fra sentralt hold, fra Kirke- og undervisningsdepartementet og skole-direktørembeter og gjennom forsøksvirksomhet utsprunget fra Forsøksrådet for skoleverket. Jeg tenker her spesielt på de Spesialpedagogiske distriktssentra som Forsøksrådet tok initiativet til i slutten av 60-årene, og hvor målsettingen for den tjenesten ved disse kontorene i første omgang var å bygge ut et spesialpedagogisk tiltak for funksjonshemmede barn lokalt - som et alternativ til spesialskoler.

Skolens sterke engasjement for utbyggingen av den pedagogisk-psykologiske rådgivningstjenesten i motsetning til psykologenes, har bl.a. ført til at det som en gang var en psykologidentifisert tjeneste, idag kan være en virksom tjeneste uten en eneste psykolog. Jeg skal ikke her gå nærmere inn på psykologenes ansvar for denne utviklingen, men jeg vil bare slå fast at betegnelsen psykolog/psykologisk er radert bort både fra kontor- og stillingsbenevnelsen. Vi har fortsatt skoleleger, vi har ikke fortsatt skolepsykologer. I den anledning vil jeg gjerne gjøre oppmerksom på at den tittelen jeg har fått i programmet altså er gal. Jeg heter "pedagogisk/psykologisk rådgiver".

Men selv om vi heter pedagogisk/psykologiske rådgivere, så finnes der altså fremdeles psykologer som arbeider i skolen. Det er opp til den enkelte kommune langt på vei både å bestemme et skolepsykologisk kontor eller et pedagogisk/psykologisk rådgivningskontors størrelse og bemanning. Hvis vi - som da er psykologer - er på godfot med skoleadministrasjonen og med skolestyret, kan vi ennå sikre psykologer en arbeidsplass i skolen. En viss garanti ligger det vel kanskje også hos skoledirektørene, som skal godkjenne både kontorenes størrelse og en bemanningsplan og ansettelse.

Det ville allikevel være for naivt å tro at alle landets skoledirektører ser det som sin jobb å påse at den pedagogisk/psykologiske rådgivningstjenesten bemannes med psykologer. Det er ingen enighet på sentralt hold om at psykologer er de som er best kvalifisert eller som trengs i arbeidet med de ulike vanskene man har i skolen idag. Vi må nok selv - som yrkesgruppe - både sikre arbeidsplassene i skolen, og fortelle denne hva og hvordan vi kan være til nytte, og for hvem. Om vi kan komme frem til en overbevisende enighet, står igjen å bevise.

### Arbeid i skolen

Alt arbeid i skolen har sitt utgangspunkt i skoleloven - og dennes formålparagraf. Denne sier:

"Grunnskolen skal i forståing og samarbeid med heimen hjelpe med å gje elevane ei kristen og moralsk oppseding, utvikle deira evner åndeleg og kroppsleg og gje dei god almenkunnskap så dei kan bli gagnlege og sjølvstendige menneske i heim og samfunn. Skolen skal fremje åndsfridom og toleranse, og legge vinn på å skape gode samarbeidsformer mellom lærar og elevar og mellom skole og heim."

Psykologer som arbeider i skolen synes ofte at denne setter for snevre rammer omkring vår virksomhet. Den - skolen - gir oss ikke armslag, vi får ikke brukt våre kunnskaper, får ikke komme til med tiltak. Selv opplever jeg iblant min virkelighet i skolen som nesten motsatt. Jeg har aldri sprengt noen grenser i skolen, - men lovlydig holdt meg innen formålparagrafens ramme .... utfordringer har jeg fått av skolens folk, som selv ofte tenker både mye og avansert i forhold til den oppgave det er å skape en skole i formålparagrafens ånd. Det er ikke bare psykologer som tenker i skolen. Min oppgave har snarere blitt å se og å si fra hvilke kunnskaper og virkemidler jeg som psykolog kan bidra med m.h.t. å sette skolens målsetting ut i livet. Jeg har oftere følelsen av å mangle tid, enn å mangle kunnskaper.

### Psykologer som avvik eller utvikling

Hvilke arbeidsmodeller kan psykologene i skolen benytte seg av? Og hvem bestemmer disse? Valg mellom eller utvikling av modeller for psykologtjenester i skolen vil avhenge av om man ser "psykologi som avvik eller utvikling". Ved siden av vår kunnskapsmessige forankring, som kan være og som er forskjellig, vil også generelle verdistandpunkt og mer spesielle syn på skolepolitiske forhold være avgjørende for vår arbeidsmodell. Vi blir ikke "puttet i båser" av reglement og instruks, eller av sentrale og lokale skolemyndigheter. Enten lar vi oss plassere, eller vi reagerer på å bli plassert ut fra den oppfatning vi har av vår egen rolle som psykologer.

Psykologi har noe med avvik å gjøre. For noen er det, om ikke hele psykologien, så den viktigste delen. Berettigelsen av psykologrollen knyttes til denne erkjenneslen. Denne rollen er godt kjent og mye brukt i skolen. Man får henvist problemelever, eller elever med problemer, man vurderer disse, behandler og gir råd i forbindelse med disse. Det kan også være grupper av elever. En klinisk orientert skolepsykologi i denne tjenesten blir en slags lokal ikke-medisinsk barnepsykiatri.

Men også på andre måter har avvikspsykologien sin plass i skolen. Jeg sikter til alle de arbeidsoppgaver vi har og forventes å ha omkring elever med ulike funksjonshemninger i forhold til forventet fungering i skolen. Også her diagnostiserer vi "avvik" og legger til rette programmer. Denne spesialpedagogiske utformingen av psykologarbeidet legger skolen idag i stor grad opp til: Ikke minst har Stortingsmelding nr. 98 "Om spesialundervisning" og tilleggsloven av 1/1-76 om "integrering av funksjonshemmede" økt skolens forventning til den pedagogisk/psykologiske tjenesten om bistand på dette området.

Denne modellen - den spesialpedagogiske utformingen - krever spesiell kompetanse, som jeg ikke alltid føler meg sikker på at våre universiteter ruster de blivende psykologer med. Skolen gir ofte uttrykk for at andre faggrupper er bedre hjelpere enn psykologene i spørsmål vedrørende barn med funksjonshemninger. Selv mener jeg - bl.a. med erfaring fra flere års undervisning av 2. avdelings studenter - at disse besitter verdifull og nødvendig kunnskap, også for å arbeide med elever med funksjonshemninger. Men studentene trenger hjelp til å vinkle disse kunnskapene i retning skolen, og de trenger mere trening i bruk av relevant redskap.

Men psykologrollen i skolen verken er eller behøver å være begrenset til ulike typer problemelever eller elever som trenger spesielle pedagogiske opplegg. Folk i skolen vet, og psykologer i skolen vet at skolen kan være en problemskapende faktor i seg selv, en problemutløsende faktor. De vet at skolen kan være vanskelig for elever som aldri blir definert som problemelever, at skolen er viktig for alle barn, - og at det også i skolen eksisterer muligheter både til å hjelpe de som har problemer og å hindre at problemer oppstår. "Fra avvik til utvikling" for å omskrive en tilstedeværende forfatters boktittel.

### Forebyggende arbeid

Erkjennelsen av skolemiljøets betydning for elevers trivsel og læring har ført til at mye av den viten som idag eksisterer om miljøutvikling, lederopplæring, kommunikasjon, ansvarsfordeling, beslutningsprosesser er gjort tilgjengelig og brukes av og i skolen av personer eller instanser i den hensikt å "skape en bedre skole for alle". Alle som har noe å gjøre med skolen idag vet at miljøutvikling og organisasjonsutvikling er "in".

Er dette et arbeidsfelt også for psykologer? Ikke som solister, men i samarbeid med andre faggrupper. Det er til dels meget interessante og avanserte opplegg på gang flere steder i Norge hvor nettopp spørsmål om miljøutvikling og organisasjonsutvikling forsøkes satt ut i livet. Jeg har selv nettopp vært invitert til skoledirektøren i Bergen og Oslo/Akershus for å diskutere slike spørsmål. Men det er ikke mange psykologer med i denne diskusjonen. Det kan være mange grunner til det. Kan hende mangler vi interesse for feltet, eller kunnskap - eller de som bestemmer regner ikke med oss. Kan hende har vi lyst, men ikke tid. Vi har for mange problemelever og elever som trenger spesialpedagogisk opplegg. Vi sitter fast i avviksmodellen.

Jeg mener noen psykologer burde være med i miljøutviklingen som en hovedjobb - være med i et omfattende forebyggende arbeid. Hvorfor jeg mener dette? Fordi skolen er den største arbeidsplassen i Norge og langt på vei den viktigste. Skolen er et sted hvor mental helse formes, hvor holdninger, verdier og normer dannes. I det miljøet burde i hvert fall psykologer synes de hadde noe å gjøre. Det kan hende vi i første omgang kunne være til nytte ved å komme med i diskusjoner om konkrete mål og tiltak som man kunne sette ut i livet for å nå disse mål.

#### Utvikling gjennom problemløsning og konsultasjon

Alle psykologer i skolen arbeider med miljøet, da oftest som konsulenter. Vi tilkalles og brukes i situasjoner hvor problem oppleves og erkjennes, riktignok ikke alltid knyttet til enkeltelever, men til miljøet. Skolen opplever vansker med å få satt formålsparagrafen ut i livet. Psykologer blir ofte tilkalt, ikke alltid offisielt, oftere på "Kom og snakk med oss"-planet.

Vi står også i fare for å bli systembehandlere, ikke primært systemutviklere. Fordi det er andre som lager "systemet", organisasjonen, samarbeidsformene i skolen. Vi tilkalles når det "knirker". Vi blir på en måte den evige problemløser. Men denne rollen er ofte uavklart. Vi glir umerkelig inn i den fordi skolen etter hvert som problemene oppleves, da er vant med å ha en uformell dialog gående. Det er ikke bare det at vi glir inn i denne rollen. Vi tar den også. Men utformingen av rollen gjøres sjelden klar nok, slik at man kan enes om den som en modell for psykologers virksomhet i skolen. Altså, det er noe arbeid vi gjør, men vi er sjelden klare nok til å si: Dette er en modell, dette er et arbeidsfelt som også psykologer skal ha i skolen.

Jeg har som sagt prøvd ut denne modellen i egen praksis. Jeg er kommet dit hen at i det lange løp - hvis modellen ikke avklares bedre - er den kanskje ikke noe å trakte etter. Hva jeg mener med det? Jo, arbeidet med problemelever er greit. Der har vi erfaring og metodikk. Det er lett å lære. Arbeidet med funksjonshemmede er greit. Der finnes også både erfaring og metodikk. Hvis vi vil lære det, så kan vi det. Begge disse



modellene har det til felles at skolen ønsker oss inn i disse rollene, de ønsker denne tjensten fra oss. Vi kan risikere å gjøre en jobb som skolen er fornøyd med! Skulle skolen bli misfornøyd innen disse to feltene, kan vi forbedre redskapene. "Skomaker - bli ved din lest".

Vanskene med disse to modellene er at man begrenser sin interesse og tenkning til enkeltindividet - og så vet vi godt at skolen ikke består av enkeltindivider. Og hvis vi ikke orker å begrense vår interesse til enkeltindivider og deres forutsetninger, da må vel miljøutvikling eller miljøarbeid, forebyggende arbeid være riktig? Ja, jeg tror det er riktig for noen. Men jeg tror ikke det er riktig for enkeltstående psykologer. Jeg tror nesten jeg vil si det så sterkt som at alene brekker du bare nakken. Ikke fordi det ikke finnes relevant kunnskap (jeg tror i motsetning til Ivar Lie at det finnes). Ikke fordi der ikke er behov. Ikke fordi man alltid må slåss mot systemet. Men fordi det systemet som ønsker oss i utviklings- eller endringsrolle, også forventer at vi samtidig skal fylle andre psykologroller. Det er da vi brekker nakken, hvis vi skal gjøre alle disse tingene. Noe annet som får oss til å føle det litt håpløst, er at i tillegg må vi iblant slåss med kollegaer for å få aksept på andre rolleutforminger. Det jeg har sagt til nå er både en forenklet og skjematisk framstilling av virkeligheten. Men forhåpentligvis et utgangspunkt for videre arbeid. Tilslutt vil jeg kort berøre to andre punkter.

#### Spesialist/generalistmodellen

Tiden, skolen og Norsk Psykologforening ønsker en generalistmodell for mye psykologisk virksomhet. I skolen tilsier problemomfanget og arbeidsutfordringene minst at man er generalist. Dvs. det ønskes en generalist med all tenkelig spesialkunnskap! Ofte opplever psykologen i skolen en utilfredshet fordi man ikke makter å følge opp de mangfoldigheter av arbeidsoppgaver vi stilles overfor. Vi vet lite om mye, og vi trenger å vite mye om mer. Spesialistmodellen er god. Men i skolen burde man skifte spesialfelt tredjehvert år - for å bli kvalifisert til å være generalist. Fordi skolen ikke kommer til deg 50 min. av gangen, får du ofte opplevelsen av at mens du dytter igjen ett hull, raser fyllmassen i et annet ut. Det hullet var for dårlig fylt.

#### Hvem definerer klientene?

Av det jeg har sagt til nå, kan alle i skolen være klienter, hvis vi med "klient" mener noen som trenger hjelp når noe er gått galt - og ber om det. I "avvik"-modellen blir spørsmålet om hvem som definerer klienten viktig. Fordi spørsmålet har med makt å gjøre og iblant med kamp.

I en "utviklings"-modell kan maktkomponenten klart tildekkes. I utgangspunktet ser denne modellen skolen mer som et fellesskap, hvor alle har ansvar for og har lov til å være med å realisere skolens formålsparagraf. Fokus flyttes fra personer som klienter til prosesser som trenger å for-

andres. Da blir selve "klient"-definisjonen mindre aktuell. Men når jeg sa at maktkomponenten kan tildekkes, så synes jeg det er veldig viktig i skolens miljøarbeid om det er administrasjonen (dvs. de med makt) som definerer problemene. Det gjør det iblant vanskelig for meg å fungere som konsulent i skolen, fordi da er det skolesystemet eller skoleadministrasjonen, rektor ved en skole, som definerer det problem skolen har - og de andre må bare godta dette som et problem.

Det er slitsomt å være psykolog i skolen. Det er mye annet også, det er også morsomt. Det som er slitsomt, det er når man år ut og år inn hver eneste dag går hjem og har en følelse av at det man har gjort, det er bare å fortelle folk ting som de allerede visste. Det henger i skuldrene. Hvis du diagnostiserer, så visste de hva slags IQ ungene hadde, eller jobber med systemet, så visste de også hva som var problemene der.

Men morsomt det blir det hvis man klarer å få gjort noe med dette problemet. Det mener jeg man får hvis man får skolen til å si at de i hvert fall trenger psykologi - selv om de ikke trenger psykologer. Og om skolen skal si de trenger psykologer, som yrkesgruppe, ikke bare enkelte stjernepsykologer - det mener jeg er et ansvar som langt på vei hører hjemme i utdanningsinstitusjoner og i vår fagforening.

## DEBATT

Reidar W. Torp:

Bærum skolestyre har nettopp vedtatt en ny organisasjonsplan for den pedagogisk-psykologiske tjenesten. Forut for vedtaket hadde det pågått en langvarig diskusjon om tjenestens innhold og organisering. Politikerne og en rekke skolefolk hevdet at klinisk psykologi (behandlingspsykologi) burde legges under helsemyndighetene og at sosionomene i skolen burde overføres til sosialetaten. Begrunnelsen for denne oppfatningen ligger i den utviklingen som har skjedd innen lærerutdanningen. Den gang psykologene fikk fotfeste i skolen, hadde lærerne lite kjennskap til utviklingspsykologi og læringspsykologi. I dag er situasjonen anderledes. Lærerutdanningen i den ordinære lærerskolen og fremfor alt i spesiallærerskolen gir studentene en bred innføring i det som kan kalles "skolepsykologi". Det ble videre understreket at det bør være et krav at den som skal være ped.psyk. rådgiver i skolen må ha kjennskap til skolens indre liv og organisasjon. Det vil si at vedkommende bør ha undervisningserfaring. I premisene for vedtaket ble det sterkt understreket at man fortrinnsvis ønsket tilsatt personer med cand.ped. og cand.spes.ped.-utdanning.

Angående organiseringen ble det fra alle berørte parter gitt uttrykk for at man ønsket en sterk desentralisering av pedagogisk-psykologisk tjeneste. For barneskolen førte dette til at skolestyret vedtok en organisasjonsplan som går ut på en inndeling i små distrikter, slik at rådgiveren får nær kontakt med lærerne og elevene.

For ungdomsskoler vedtok skolestyret en total desentralisering. Denne går ut på at det tilsettes rådgivere som har undervisningskompetanse og som samtidig har utdanning som cand.ped., cand.spes.ped., cand.psychol. eller tilsvarende utdanning. De fleste vil bli tillagt undervisning ved siden av rådgiveroppgavene.

Psykologforeningen har reagert på vedtaket. Skoledirektøren har med visse forbehold godkjent vedtaket.

Vedtaket har ført til en kompetansestrid mellom psykologene og sosionomene. Sosionomene ønsker en sammensetning av personalet som går ut på at det tilsettes like mange sosionomer som psykologer. (Vedtaket går ut på 3 psykologer : 1 sosionom.)

Ivar Lie:

Når det gjelder spørsmål om behovet for psykologer i arbeidslivet så er jeg helt enig med Marstrander i at den nye Arbeidsmiljøloven har skapt en ny situasjon. Ved å knytte økt behov for psykologisk engasjement til § 12 (som gjelder det psyko-sosiale arbeidsmiljø) tror jeg imidlertid at Marstrander er kommet i skade for å undervurdere behovet. Det er en rekke andre paragrafer, deriblant § 13 om bedriftsintern attføring, som er vel så sentrale for psykologenes fremtidige engasjement i arbeidslivssammenheng. Som følge av loven er det nå under oppbygging en organisert bedriftshelsetjeneste som i stor grad skal representere den faglige ressurs som den praktiske forvaltning av loven må baseres på. I denne bedriftshelsetjenesten bør psykologer få en minst like sentral plass som legene. Her ligger kjempeoppgaver og venter på interesse og engasjement fra psykologer. Det er kunnskapen om de menneskelige forutsetninger som må danne premissene for den sosiale og teknologiske utforming av arbeidslivet. Bare da kan arbeidslivet bli tilpasset mennesket og ikke omvendt.

Turid Grinde:

Jeg er glad for innleggene til Jossi Mordal og Nils Petter Marstrander, de gir et videre perspektiv på psykologprofesjonen. Det er viktig å se dette i sammenheng med den utfordring Vangsnes ga psykologene tidligere. Vi er inne i en rask samfunnsomlegging, men psykologene har i liten grad engasjert seg utover det som hittil har vært deres snevre profesjonsinteresse. Jeg vil nevne noen aktuelle områder: Arbeidsmiljøloven, omlegging av planleggingen, omlegging av sosialhelsetjenesten, barns oppvekstforhold og oppvekstkår, barnemishandling, barneulykker, nærmiljømelding, ungdomsmelding, kriminalmelding, statssekretærutvalget for narkotika. Her er en rekke oppgaver hvor jeg mener psykologene kan gå inn og være samarbeidspartnere. Jeg tror mindre på Marstrandens konsulentrolle. Jeg tror psykologen må være i nært samarbeid om problemløsningen for å kunne gi psykologisk bidrag/tilførsel til andre problemstillinger. Vi må få nye samarbeidspartnere og omstrukturere vår psykologiske kunnskap, slik at vi får en annen innfallsvinkel. Som Marstrander nevnte blir et problem å bevare psykologidentiteten, når man skifter rolle fra klientbehandler til systembehandler og systemutvikler - som Jossi Mordal snakket om. Hvis vi ikke bevarer noe av psykologidentiteten er det vanskelig å gi tilbakeføring/feedback tilbake til profesjonen og utdanningssystemet. Og denne tilbakeføringen er forutsetningen for at psykologisk praksis befrukter forskningen.

Svein Kile:

Eg er litt usamd med min gamle ven Nils Petter i hans beskjedne løysing av desse spørsmåla. Eg vil nær sagt seia meg samd med Ivar Lie, sjølv om eg var usamd med han her istad. Her er etter mitt skjøn veldig mange oppgåver i det han seier. Her er mange oppgåver, ikkje berre det å vera konsulent på andre sine premisser, men der ligg også krav om meir sjølvstendig, praktisk og anvendt forskning på dette området. Og her kjem eg tilbake til mi djupe usemje med Ivar Lie. Han avfeia Gardell og Thorsrud arbeider som "kvasiforsking". Det er etter mitt skjøn reine tøv. Deira forskning er i tilfelle klart ei forskning som ikkje kan kontrollerast eksperimentelt laboratoriemessig, men den er i alle fall den beste tilnærming ein pr. idag har, og hvis vi ikkje vinn over den frykta vi har for ikkje å vite dei evige sanningar, så kjem vi aldri nokon veg. Vendepunktet for arbeidspsykologien, det var når ein forlet denne nevrotiske opptattheita av først å vite alt og så gjekk ut i det levande livet og forsøkte seg på nye ting. Ein må ha litt overskridande evne, ein må ha litt frektheit, ein må ha litt mot. Ein må ikkje overrespektere basisforskinga sjølv om ein heller ikkje skal forkaste den. Eg ser mange store voner på feltet vårt, berre vi kan løyse opp slikt som dette "moderbandet" og denne holdninga at vi ikkje kan noko. Visst søren kan vi ein heil masse. Eg har opplevd at hvis ein har ei skikkelig tru på at ein kan noko, men ikkje det å seie folk dei evige sanningar, (for dei har vi ikkje) så blir ein respektert. Ein blir forstått, og ein får lov til å vera eit alminneleg profesjonelt menneske med beina på jorda og alminneleg sunt vett - men i tillegg kan ein noko som i alle fall andre ikkje kan så mykje betre.

Erik Larsen:

Jeg har lyst til å ta utgangspunkt i eksemplet fra Bærum. Nå har vi snakket mye om "profesjonen som skapte seg selv", sitat Per Nyhus. Skal vi snu problemstillingen og snakke om yrkesgruppen som var på skolepsykologisk kontor og var skolepsykologer, som ikke er det mer. Jeg tror at det faktum reflekterer noe av det vi snakket om igår, nemlig "Fins det konsekvenser av Psykologloven som vi ikke overskuer?" Jeg synes ikke Bærum-"modellen" er så viktig for seg i denne omgang. Det som er viktig er at det kommer flere slike Bærums-vedtak. Jeg tror det er en funksjon av det flere har snakket om idag. Det har med Ivar Lies tanker å gjøre fordi psykologutdanningen er skjev og bare har gitt et spinkelt grunnlag for å arbeide i skolen. Det har med Jossi Mordals tanker å gjøre fordi vi ikke har funnet en faglig profesjonell modell for arbeidet i skolen. Og det har med Nils Petter Marstrandens tanker å gjøre fordi vi i vår fagforening har en organisasjonsmodell med innebygget

konstant interessekonflikt som tapper ressursene innad - i stedet for å bruke ressursene utad i retning av det Lie og Marstrander snakket om. Så vi kan egentlig ikke skyldes på noen andre enn oss sjøl for det som har skjedd. Dette er viktig å diskutere videre med henblikk på fremtiden.

### Jossi Mordal:

Jeg vil ganske kort si noe til Torps innlegg. Selv klarer jeg ikke å forholde meg like suverent til det innlegget som Erik Larsen gjør. Jeg blir opprørt. Noe av det som opprører meg er at skoleadministrasjonen - i Bærum og andre steder - ikke synes å ha bruk for psykologers psykologiske viten og erfaring, men gjerne vil ha den psykologi andre faggrupper i skolen formidler. Psykologer som har jobbet noen år i skolesystemet kjenner både skolen og psykologien. Det er en undervurdering av oss å si som Torp at de foretrakk andre til å ivareta våre tjenester fordi andre kjente skolen. Skolen er redd for eksperter. Og hvem er så disse ekspertene? Det er ikke skolelegen, ikke skolefysioterapeuten, det er som oftest heller ikke spesialpedagogen - men det er psykologen. Jeg ser også at Erik Larsen har noe rett når han sier at denne situasjonen må vi psykologer ta noe av ansvaret for. Men jeg vil ikke legge ansvaret for denne utviklingen på oss som er psykologer i skolen alene. Jeg vil si at vi som yrkesgruppe kanskje har spilt våre kort altfor dårlig overfor de samfunnsproblemer som eksisterer i skolen, og i den samfunnsinstitusjon som skolen er.

### Nils Petter Marstrander:

Jeg er glad for at det jeg sa i mitt foredrag kan oppfattes som en sterk utfordring slik som Ivar Lie ga uttrykk for. Det er åpenbart urealistisk både sett fra en økonomisk synsvinkel og på andre måter å tro at vi som psykologer kan bane oss vei inn i stillinger i arbeidslivet i noen vesentlig utstrekning. Det er for mange og for små bedrifter til at det er plass til egne psykologstillinger. Vi må finne andre måter for å påvirke forholdene i arbeidslivet og utviklingen. I mitt foredrag har jeg lagt frem en skisse til hvordan dette kan skje.

Kanskje kan vi gjennom Psykologforeningen skaffe oss organisatorisk makt til å påvirke utviklingen i arbeidslivet. Hvis dette er en tenkelig vei å gå for å gi støtte til psykologer i arbeidslivet, bør Psykologforeningen gjøre det til en hovedsak i årene som kommer. - Da skulle jeg gjerne bli mer aktiv i foreningen igjen.

## PSYKOLOGER I "HELSEVESENET" -

### INNENFOR ELLER UTENFOR DE PSYKIATRISKE SYKEHUS?

Einar Dannevig, Tønsberg

Nok en gang skal vi diskutere fremveksten av psykologi som profesjon og den eventuelle berettigelse av denne. Det kan være viktig på den ene side å ta opp noen helt prinsipielle målsetninger i et videre perspektiv, og på den annen side gå litt mer inn i detaljene omkring spesielle problemfelter som gjelder psykologers deltagelse i ulike former for arbeid med behandlingsmessige siktemål. Det blir ikke så viktig å stille spørsmål av sosiologisk interesse om hvorledes vi er kommet annerledes til vår profesjonsetablering enn andre, men snarere å stille spørsmål om det er bra at vi er kommet dit vi er, og hvorledes eventuelle tidligere feilaktige valg og utviklingsretninger bør, evt. kan revurderes og nye valg tas. Jeg har følelsen av at nå er det blitt nedlagt to profesjoner tidligere, eller 2/3 av den psykologiske profesjon idag - men jeg skal også ta opp spørsmålet om vi skal ut av helsevesenet!

Etter Bergljot Bakliens avhandling om psykologprofesjon, skrev Bjørn Christiansen en supplering til Bakliens fremstilling hvor han bl.a. påpeker at den profesjonelle psykologi har noe lengre røtter enn fremstilt av Baklien, at det ikke er fullt så stor forskjell mellom utviklingsstadiene av denne profesjon og utviklingen av andre profesjoner, slik som fremhevet av Baklien. Han mener at Baklien burde ha søkt informasjon hos "psykologer som har stått sentralt i fagets utvikling". Et lignende synspunkt ble hevdet av Per Mentzsen på forrige profesjonskonferanse i 1977, idet Mentzsen samtidig kritiserer at Baklien har trukket slutninger om motiver, beveggrunner og hensikter hos de psykologer som har vært involvert i utviklingen av den psykologiske profesjon, på basis av spørreskjemadata o.l. Det antas likeledes at man legger 1970-årenes forutsetninger til grunn for å forstå de tingene som hendte i 1940- og 50-årene. Både Christiansen og Mentzsen skisserer profesjonaliseringsprosessen, særlig frem til ca. 1950. Etter denne tid har de begge, hver på sin måte, stått meget sentralt i videreutviklingen av psykologprofesjonen og derfor muligens ment de ikke har hatt den nødvendige avstand til å bedømme utviklingen, slik sosiologene så sterkt kritiserte psykologene for ved forrige profesjonskonferanse.

Da jeg selv ikke har foretatt verken psykologiske, sosialpsykologiske, sosiologiske eller andre undersøkelser av disse forhold, kan jeg i historikken ikke bidra med såkalte objektive forskningsdata. Jeg kan imidlertid komme med noen supplerende opplysninger fra 1950 og fremover, som kanskje sier noe om hvorledes psykologene selv opplever profesjonaliseringsbehovet og -utviklingen. Det er mulig jeg kommer til å beskjefte meg litt for meget med akkurat begynnelsen av 50-årene, men det er for å ta et utgangspunkt.

### Klinisk psykologi og helsevesenet

På forrige konferanse hadde Anni von der Lippe et glimrende innlegg der hun viste bl.a. litt forenklet at profesjonell psykologi er klinisk psykologi, at den profesjonelle psykolog trenges best i primærtjeneste, og at det oppstår vesentlige problemer i forhold til helsevesenet når det gjelder profesjonens autonomi, bl.a. dens autonomi i retning av å forlate den medisinske modell i sin tenkning og sitt arbeid. Hun sa også: "En viktigere faktor er likevel at klinisk psykologisk kunnskap og arbeidsmetoder er generiske for alt profesjonelt psykologisk arbeid pga. dens kunnskap om psykopatologisk utvikling, om strukturer og funksjoner i mellommenneskelig kommunikasjon, om prinsipper for endring av affektive forhold og om klientforholdets metodologi". Jeg tror jeg vil føye til: også kunnskap om normal utvikling, fordi den ligger allerede i universitetsstudiets primære målsetning. I utgangspunktet er selvfølgelig klinisk psykologi slik psykologi som blir anvendt innen helsevesenet, idet "kline" som bekjent betyr seng, og at klinisk psykologi altså er oppstått i sykehusene. Det forhindrer ikke at f.eks. organisasjonspsykologi trengs innen helsevesenet, mens de metoder som har vært kalt kliniske metoder trengs innen skolepsykologi og andre områder.

Jeg skal i det følgende såvidt komme inn på forandringer i kunnskaps- og erfaringsgrunnlaget for de virksomheter som utøves av kliniske psykologer, men jeg vil ikke gå grundig inn på hele kunnskaps- og erfaringsgrunnlagsspørsmålet. Jeg vil si noen ord om hvor jeg tror psykologer på det klinisk psykologiske felt kan gjøre mest nytte for seg. Hva mener jeg med å sette anførselstegn ved "helsevesenet" i overskriften? Jeg vil sette spørsmålstegn ved hvorvidt dette vesen til enhver tid virker fremmede på den del av folks helse, som vi qua psykologer kommer til å stille med. Videre vil jeg gjerne ta opp til diskusjon både hvorvidt det opprinnelig var fornuftig av psykologene og til klientenes beste, at vi har omfavnet og blitt omfavnet av dette vesen. Når jeg i overskriften sier: "innenfor eller utenfor de psykiatriske sykehus?" er det fordi jeg ønsker å diskutere nytten av å arbeide henholdsvis innenfor og utenfor de psykiatriske institusjoner, og fordi mitt liv de siste 30 år har bestått i en pendling ut og inn av de psykiatriske institusjoner. I så måte har jeg mer felles med klientellet enn med de ansatte.



På forrige konferanse ble det rettet tildels heftige angrep på profesjonsutviklingen hos psykologene, på en måte som minner sterkt om den kritikk som spesialistene i klinisk psykologi har fått fra enkelte grupperinger innen Norsk Psykologforening. Uttrykket "å være dyktig til å mele sin egen kake" går igjen i begge fora, og det er tydelig at folk er meget interessert i gode kaker. Som P.A. Holter har vist, er en vesentlig del av profesjonaliseringsprosessen en kvalifiseringsprosess - dette har den felles med spesialiseringsprosessen. Og i vårt samfunn er det slik at høyere kvalifikasjoner av og til fører til høyere sosial status, øket makt, i enkelte tilfelle bedre økonomi og pussig nok i vårt samfunn en utpreget syndebukk posisjon.

Det forutsettes gjerne at kvalifiseringen er dokumenterbar, og at det står interessegrupper bak som garanterer kvalifikasjonene utad og kontrollerer dem innad. Samtidig øker kravene hos den profesjonelle eller hos spesialisten til en sober og upåklagelig yrkesutøvelse som gjerne fastsettes i et regelverk, og utdannelsen formaliseres. Det positive som springer ut av debatten i Psykologforeningen omkring de såkalte kliniske spesialiteter og forholdet til bl.a. trygderefusjon, er en økende erkjennelse av at det er vanskelig å være psykolog uten å ta siktepunkt mot en eller annen form for behandling av det klientell man møter, uavhengig av hvor man møter klienten. Noe forenklet kan en si at det vel er dette synspunkt som har ligget til grunn for forsøket på å samle samtlige spesialiteter i en "psykologisk behandling". Her er det skjedd en interessant utvikling som nesten kan kalles en avspesialiseringprosess.

Tidligere har aktiviteten psykologisk behandling blitt noe fremmedgjort gjennom ordet "psykoterapi", som det egentlig dreier seg om, som vi opprinnelig hadde som felles arbeidsfelt med legene. Å være psykoterapeut eller evt. psykoanalytiker hadde meget høy status og var omgitt med uvanlig mye mystifikasjon, persondyrking, sekterisme og dermed maktkamp. En innsikt (som bl.a. von der Lippe i nevnte innlegg understreker) at all profesjonell psykologi nødvendigvis må ha med behandling i en eller annen forstand å gjøre, er ikke bare et nyttig korrektiv til psykoterapiens mystifikasjon, men bør også bidra til at skillet mellom mangeartede former for akademisk psykologi og teoriene omkring hva som virker og er viktig i psykologisk behandling, etterhvert ble mindre og helt utslettet. Hvis vi fortsetter parallelliseringen mellom spesialisering innenfor foreningen og profesjonalisering i forhold til resten av samfunnet, kan vi spørre oss om den historiske utvikling går i retning av en senere deprofesjonalisering slik vi innen foreningen har sett denne tendens mot en despesialisering. Svaret er sannsynligvis nei, idet det ikke er spørsmål om en despesialisering i betydningen minking av kvalitetskrav, men mer en restrukturering av de psykologiske arbeidsfelt innen forskjellige psykologiske arbeidsområder, fra en øket viten om behovet for multiple, faglige tilnærminger til ulike problemområder.

## Psykoanalytiker - loven 1938-1951

Det interessante er at også denne prosess har vi hatt allerede en gang tidligere i historien. Den første etablerte psykologprofesjon i Norge som til og med hadde lovbeskyttelse, var den høyt spesialiserte klassiske psykoanalyse med sin beskyttelseslov av 1938 som ga psykologer adgang til å behandle folk med myndighetenes velsignelse innenfor en viss ramme, samtidig som legenes adgang til å bruke visse psykologiske virkemidler ble begrenset ved samme lov. Såvidt jeg kan forstå hadde denne høyt oppdrevne spesialitet innen det psykologiske behandlingsområde alle profesjonens kjennetegn iberegnet fagorganisasjon, meget utpenslede krav til utdanning på akademisk grunnlag, yrkesetisk kodeks, lovbeskyttelse, høy status og monopolvirkning. Den 14. mars 1951 sendte Helsedirektøren et brev til Norsk Psykiatrisk Forening og Norsk Psykologforening angående tilrettelegging av den praktiske utdanning av psykologer ved psykiatriske institusjoner, og klarlegging av bestemmelse om bruk av dybdepsykologiske behandlingsformer (psykoanalyse). I henvendelsen pøkes det også på mer omfattende og generelle problemer som berører vesentlige sider ved anvendt psykologi. Det er tale om utdanning og arbeidsoppgaver for psykologer som skal ta del i den "psykiatriske helseservice". Det dreier seg her om et større område av anvendt psykologi som vanligvis går under betegnelsen klinisk psykologi. Det ble nedsatt noe som ble kalt "Felleskomitéen for klinisk psykologi" med representanter for de to faglige foreninger, og denne komite avga en uttalelse til Helsedirektøren som jeg tror i virkeligheten ble retningsgivende for utviklingen av psykologien innenfor helsevesenet nesten helt frem til idag. Det som ikke ble forutsatt var vel det sterke innslaget av sosial psykiatri, det såkalte terapeutiske samfunn osv., som kom inn fra midten av 60-årene. Uttalelsen var også basert på at psykologer som den gang hadde et studium på ca. fire år etter forberedende prøver, skulle få ny studieordning, og på at man aksepterte medisinsk kontroll hele veien. Men poenget var at loven av 1938 på grunnlag av denne uttalelsen ble opphevet, bl.a. fordi komitéen mente den ingen særlig virkning hadde mot eventuelt kvaksalveri, (jeg beklager at jeg bruker ordet kvaksalveri i negativ betydning igjen) og fordi man gikk inn i en ny æra hvor psykologer var ansatt ved de psykiatriske institusjoner. Det nevnes at det riktignok bare er et par som var ansatt. Man ville ha anledning til qua psykologer, ikke nødvendigvis psykoanalytikere, i enkelte tilfelle å utføre psykoterapi også utenfor institusjoner. Dette ble altså ikke lovfestet, men man kan anta at hvis en lov blir opphevet - og det er på grunnlag av at man i Helsedirektoratet har funnet å ville overlate kontrollen av de funksjoner loven tidligere dekket til fagforeningen - så er dette så godt som en loverstatning. Man etablerer med åpne øyne en sedvane som også vil gi en viss rettslig beskyttelse. Virkningene av dette var såvidt jeg kan forstå, omtrent de samme som om vi idag fikk godkjent og forandret spesialiteten "klinisk psykologi med psykoterapi" til spesialiteten "psykologisk behandling" som gir et bredere tilnæringsgrunnlag og altså mindre spesialisert. Samtidig forutsetter man et høyere kompetansenivå, at man beveger seg i retning av høy kompetanse med stor bredde, og at det åpner adgang for en større gruppe fagfolk til å spesialisere seg på den nye måten.

Psykiateres behov for - og kontroll av - psykologer

Jeg beskjefteger meg så meget med denne uttalelsen dels fordi jeg tror den har vært glemt av de fleste, og dels fordi jeg tror den har hatt større betydning enn noen annen innstilling som har vært gitt. Den er av særlig interesse fordi en av mine påstander er at der hvor det spørres etter om det er klientene som har hatt behov for psykologene, så er jo svaret fra meg selvfølgelig et umiddelbart "ja". De som imidlertid egentlig har vist sitt behov for psykologene, er i virkeligheten psykiaterne. Denne komiteen var sammensatt av like mange psykologer som psykiatere. Uttalelsen beskrev særtrekk ved klinisk psykologi, og det var så få psykologer ansatt akkurat da Baklien beskriver, det var så få det egentlig gjaldt dette her foreløpig. Men det var en fremoverrettet uttalelse som prøvde å legge forholdene til rette for at det skulle bli flere psykologer ved institusjoner - etter psykiaternes ønske. En beskrev særtrekk ved klinisk psykologi, omtalte arbeidsfelter og arbeidsoppgaver, skisserte utdanning av kliniske psykologer og hadde et eget kapittel om dybdepsykologisk undersøkelses- og behandlingsmåte. Vi merker oss at beskrivelsen av særtrekkene ved klinisk psykologi starter med at psykologer innenfor "child guidance" arbeid begynte å delta i de psykoterapeutiske arbeidsoppgaver med tydelig impulser fra psykoanalysen og den dynamiske psykiatri. Det står: "De kliniske psykologer har sin grunnutdanning innen vitenskapelig psykologi og vil som regel være orientert i retning av forskning. Forskningsoppgaver vil derfor gå inn som en naturlig del av deres arbeid. Som helhet kan en si at kliniske psykologer ved hjelp av psykologiske metoder søker å hjelpe mennesker i deres tilpasningsvansker. Som regel vil dette skje som et bidrag sammen med andre fagfolk, idet de fleste tilpasningsvansker har både sine biologiske, psykologiske og sosiale aspekter og således krever teamarbeid for å kunne avhjelpes på beste måte".

Det ble altså gjennom denne uttalelsen lagt opp til den nye studieplan inkludert spesialisering i klinisk psykologi, teamarbeidsutviklingen, psykologisk behandling skulle nå foregå innenfor institusjoner men det skulle være anledning til også å foreta utenfor institusjoner av psykologer i begrenset omfang, og psykoterapi som noe annet og mere enn psykoanalyse. Det skal vi merke oss og vi skal komme tilbake til det. Dog hadde man et slags skille mellom på den ene side samtaler og "councelling" og på den annen side anvendelse av de dybdepsykologiske metodene. Dette siste for bl.a. å kunne avvikle loven av 1938. For å oppnå dette ble det stadig understreket at det er viktig at samarbeidet med psykiateren fremdeles er tilstede. Det var tidligere understreket at innenfor institusjonene eksisterte det en tilstrekkelig medisinsk og psykiatrisk kontroll med psykologene. "Det bør være regelen at ingen skal behandles psykoterapeutisk (legg merke til pleonasmen) uten først å være undersøkt av psykiater og eventuelt andre medisinerere. Når forholdene tilsier det, bør også medisinsk og psykiatrisk kontroll skje under selve behandlingen".

Denne felles uttalelsen var undertegnet av tre høyt fortjente psykologer:

Dagny Oftedal, Harald Schjelderup og Arvid Aas. (Vi savner dem). Dessuten av Per Anchersen, Gabriel Langfeldt og Ole B. Munck. Jeg som den gang var den ene av disse to psykologene som var ansatt ved psykiatrisk sykehus, var den eneste i Psykologforeningen som mente psykologene hadde vært for forsiktige og godtatt for meget psykiatrisk kontroll. Dette fordi jeg i praksis opplevde at det var vi som på disse fagområdene underviste og ville komme til å veilede leger. Det viste seg at jeg fikk rett.

#### 1950-årene: psykologen skulle teste, ikke behandle

Vi som i begynnelsen av 1950-årene fikk stilling i psykiatrisk sykehus, ble fortrinnsvis ansatt for å drive diagnostisk arbeid som skulle hjelpe legen til å behandle pasientene mer adekvat. Om vi også ville drive forskning var det all right å gjøre det, under ledelse av den til enhver tid adm. overlege. Legene hadde imidlertid ingen metoder til å behandle pasientene mer adekvat - uansett hvor mange tester, intervjuer og resultater vi bladde opp. I virkeligheten startet vi en systematisk opplæring av legene til å tenke og studere annerledes: gjennom journalmøter, andre møter, gjennom klinikker, gjennom orientering om anvendelse av tester og gjennom direkte undervisning og senere gjennom veiledning i psykoterapi. De første faste forelesninger for leger om såkalte dybdepsykologiske undersøkelses- og behandlingsmetoder holdt en fra 1952. Vi drev m.a.o. allerede fra 1950 en utstrakt såkalt indirekte virksomhet ved sykehusene, og hadde endog da veiledning av overleger. Vi har senere systematisk arbeidet for å arbeide oss ut av sykehusene og overlate feltet til alle andre profesjoner - som vi selv har hjulpet frem gjennom vår undervisning.

Jeg nevner dette fordi jeg tror det hadde betydning for vår nevrotiske fiksering til helsevesenet gjennom en slags forbitret kamp for en gang å få anledning til å rette opp perspektivet. En av måtene vi kunne arbeide på var gjennom å stadig videre kvalifisere oss selv, hva enten det var på det diagnostiske eller terapeutiske området. Jeg hadde den oppfatning at vi hadde større kunnskapsgrunnlag enn vi fikk faktisk og praktisk anvendelse for i den aktuelle situasjonen, men at klientellet trengte at vi videreutdannet oss til å kunne gjøre terapeutisk arbeid som ellers ikke ble gjort. For å illustrere dette: Jeg forfalsket fra tid til annen de endelige konklusjonene av mine Rorschach-protokoller, fordi hvis en pasient hadde såkalt patognomoniske tegn på å være schizofren, så prøvde jeg å skjule det og få det til å bli en, som det ble kalt dengang, "psych ex.const." - for ellers ville pasienten bli glemt. Altså jeg anså det som en terapeutisk oppgave å jukse så godt jeg kunne, dvs. ikke direkte fremstille noe falskt, men å komme med litt forskjøvede konklusjoner for at man skulle fastholde interessen for pasienten så pasienten hadde sjansen til å bli behandlet.

Den andre er den jeg har kalt "Den trojanske hesten". Igjen, det er ego-sentrisk, men jeg tror det gjelder andre også. Jeg har perfeksjonert meg endel i testing og prøvd å lære alle disse tingene jeg syntes var temmelig kjedelig, fordi da kunne jeg komme inn i dette systemet. Det var testing

som skulle til. Det var det kunnskapsgrunnlaget man trengte i 1950, det var å kunne teste. De terapiene jeg etterhvert begynte med, de var stort sett i det skjulte, fordi det skulle ikke hete seg at psykologer behandlet folk. Når det etterhvert ble mere offisielt at jeg behandlet, så ble det alltid presisert overfor utenlandske gjester at "dette er psykologen som driver mest diagnostisk testing".

### Kvalifisering for bedre behandling en følge av psykologenes pasient-identifikasjon

Det var jo mange som hadde det sånn etterhvert som de kom inn i systemet, mer eller mindre. Vi hadde følelsen av at vi stadig kjempet en slags kamp for å få ikke bare lov til å gjøre det vi skulle, men fordi vi hadde en slags panikk for at disse menneskene skulle forbli ubehandlet. Hvis man f.eks. var en psykolog til 1.000 pasienter, så var det en slags påkjenning å gå omkring å se på at folk ikke bare ikke ble behandlet, men de hadde ofte heller ikke noen som hadde den mest elementære menneskeforståelse av dem. Jeg tror forsåvidt absolutt vi tenkte på klientene. Den verste beskyldning man fikk fra personalet var at "han holder jo med pasientene". Det beste kompliment man kunne få fra pasientene, det var at de sa: "Jøss, der var det en mann i hvit frakk som var som andre mennesker". Jeg mener det var en umenneskeligjøring, en fremmedgjøring. Vi hadde også alle disse artefaktene, disse sykehusdemensfenomenene som vi idag er mer klar over. Vi ser ikke nå disse sykdomsbildene vi dengang hadde.

Dette var bakgrunnen for at vi etterhvert samlet oss til å se om vi også kunne finne måter å sørge for at psykologene viderequalifiserte seg på. Det var faktisk utgangspunktet, det var derfor vi ønsket å lage spesialiteter, ikke for å oppnå noe som helst annet enn at det skulle motivere psykologene for å arbeide videre med sin egen utvikling. Vi syntes det var veldig viktig. Den gang hadde vi den oppfatning at vi ikke kunne bruke noe særlig av det vi hadde lært på Universitetet, det var bare det vi lærte etterpå som vi kunne bruke. Derfor ble det så viktig å lage spesialiseringen også for å sikre at det ble laget utdanning, videreutdanning. Lager man en spesialitet og setter regler der, så må man uvilkarlig følge dem. Vi var til og med så naive kan jeg si (fordi vi er blitt bebreidet det etterpå) at da vi laget den andre instillingen om klinisk psykologi med psykoterapi, understreket vi i innstillingen at dette ikke burde få konsekvenser for lønnsforhold fordi vi ikke skulle fremheve oss på bekostning av andre psykologer uten disse spesialitetene. Selvfølgelig var det naivt, vi burde vært gode sosiologer og sagt at dette er noe som myndighetene kommer til å bruke. Det skjedde ganske riktig. Myndighetene begynte å bruke dette i lønnsdiskriminering for å si det sånn. Det var ikke vi som fant på det og det hadde ingenting med "å sko seg" å gjøre, vi var dengang bare opptatt av å bedre de faglige forhold.

Videre utvikling skal jeg komme veldig kort innpå. Vi fikk allerede den gang konflikter i Psykologforeningen omkring disse spesialitetene, før det

var knyttet fordeler til spesialitetene, fordi de som ikke kunne bli kliniske psykologer følte at de kliniske psykologene var de ledende i foreningen, og følte seg truet av at nå var det noen som ble "finere" enn dem. Det kan man jo godt forstå. Så kom denne utviklingen med rådgivningspsykologi, hvor jeg tror Turid Grinde hadde rett i at vi som allerede hadde laget disse to andre spesialitetene, vi var nu plutselig gått over i "medisinerposisjon" og var dem som satt og så på at "de skal sannelig være litt mere kvalifisert før de får gjøre ditt og datt". Det er av de tåpeligheter man kan se tilbake på.

### Demokratisering av anti-terapeutiske institusjoner

Som dere vet var det innen disse psykiatriske institusjonene helt føydale forhold. De hadde ikke latt seg påvirke i nevneverdig grad av sosiale strukturer som hadde forandret seg iallefall det siste århundre. Vi hadde en helt klar og autoritær pyramide med overlegen på toppen og pasientene på bunnen. Som dere vet var det mange av oss som mente at dette var en del av det som medførte sykehusdemensen, fordi pasientene ikke hadde noen mulighet innenfor dette system til å gjenvinne noe av sin menneskelige autonomi eller verdighet. Samtidig kom etterhvert hele denne ulykksalige Maxwell Jones bevegelsen fra England, om "det terapeutiske samfunn". Slik at noen hadde begynt og begynte med å prøve å rokke på organisasjonsstrukturen av alminnelig demokratiseringshensyn, ble blandet sammen med en uklar, ideologisk bevegelse dannet av Maxwell Jones omkring det "terapeutiske samfunn" - som var utviklet på basis av eksperimenter med en psykopatinstitusjon. Personlig protesterte jeg helt fra begynnelsen av mot å kalle det "terapeutisk samfunn", men jeg mente vi kunne kalle det "ikke-antiterapeutisk samfunn". De tidligere systemene var så klart anti-terapeutiske fra A til Z, at så og si hva som helst som ble gjort med dem var en fordel.

Det ble da mere behov for at de av oss som arbeidet i eller i nær tilknytning til institusjonene, kunne forstå gruppeprosesser og organisasjonsprosesser bedre, og vi fulgte da dette opp. Mange av oss som har vært i praksis i den første generasjon har vært litt på baksiden av ting. Vi har kommet uti problemene først og så har vi lest oss opp etterpå. Mens idag snakker vi stadig om hva vi nå skal bygge opp av utdanning for at folk skal kunne ditt og datt, og det må vi jo. Spørsmålet er om vi har gjort gale erfaringer med dette, og om de erfaringene kan brukes til noe. Vi skaffet oss da så noenlunde erfaringer med både grupper og organisasjonssystemer og det hele. Som en bieffekt (og apropos til det Marstrander sier om at han ofte føler seg i slekt med klinikerne) må jeg si at vi ble buden til å ta del i en masse andre slags organisasjoners arbeid i en tid hvor organisasjonspsykologene ennå ikke hadde etablert seg så meget.

### Psykologenes kunnskapsgrunnlag

Som kunnskapsgrunnlag var vel den første lille cand.psychol. heller svak på mange måter. Når man snakker om kunnskapsgrunnlaget for psykologene,

så snakker man ikke bare om den enkelte psykologs kunnskaper. Man snakker om det var nok i psykologien, og det var det fullstendig nok av helt fra begynnelsen av, fra forskning som var gjort i USA - fullstendig nok til at vi kunne ha langt mer innsikt enn noen andre behandlere av de samme grupper mennesker hadde. Når vi stadig skal komme med ryggen mot veggen for hvor mye kunnskapsgrunnlag vi har hatt, synes jeg det er litt latterlig fordi vi har nesten hele veien spørsmålet: hva har pasientene for alternativer, hvem andre kan behandle dem? Det er delvis det Bente Alver har tatt opp idag også, at det blir forskjellige grupper som overtar etterhvert som de utvikler seg til det. I den utstrekning psykologene virkelig utdanner seg til å bli gode behandlere, så vil vi få flere og flere pasienter over til oss fra andre grupper. Vi tok til å begynne med altså de menneskene som få andre kunne hjelpe. Jeg vil presisere at kunnskapsgrunnlaget har vært i stadig utvikling, det har stadig utvidet seg. Det har stadig sikkert vært for svakt i forhold til de oppgaver vi har, men det har vært sterkt nok i forhold til de alternativer vi har hatt. På den ene side har vi jo relativt sterkt kunnskapsgrunnlag når det gjaldt det empiriske grunnlag for testene. De var liksom så bombesikre fordi de var utviklet etter eksperimentelle, antatte metoder osv.

Når det gjelder selve det vi kalte psykoterapi, altså når det gjelder psykologisk behandling, har det vært langt mere vaklende føtter denne har stått på. Hvis vi igjen går tilbake til den første tiden der, så var det påstått at psykoanalysen, som var den eneste terapiform som var systematisert den gang, er vitenskap. Det var ikke bare at den baserte seg på vitenskapelig tenkning, men at den i seg selv var en vitenskapelig metode til å undersøke fenomener. Samtidig vet vi at det i psykoanalysen ikke dengang alltid var så klare grenser mellom teori om teknikk og behandlingsform, teorier om hva som foregår i terapisisuasjonen og teorier om oppståing av symptomer. Man gikk ut fra som gitt at all behandling burde være kausal, og at man behandlet for å komme ned til årsaker for ting. Dermed var man på den sikre side. Selve undersøkelsen omkring hva som foregikk i selve behandlingssituasjonen var dårlig og den er fremdeles dårlig. Det ble nevnt her før idag at atferdsterapeutene gjør noe helt annet enn de sier. Der finnes ikke en terapeut som ikke gjør noe annet enn de sier! Flere undersøkelser viser at psykoterapeuter sier noe annet enn det de gjør. Og alle de jeg har hatt pasienter etter, de fleste norske terapeuter, sier også at de gjør noe annet enn pasientene deres sier at de gjør.

Det som ble viktig for den profesjonelle psykolog var at det ble slutt på dette at man enten drev psykoanalyse eller drev bare litt "støtteterapi" som det het. Bare litt "støtteterapi" var terapi som var basert uten noen tilfredsstillende teoridannelse bak seg og som besto stort sett i å sitte og snakke pasienten etter munnen, - og av og til korrigere dem litt, "realorientere", hva nå det måtte være. Jeg vet ikke hvis realitet de skulle overta, om det var min, min bestefars eller overlegens eller....., som oftest var det psykiaterens tror jeg. Det var derfor det ble gjort veldig harde anstrengelser fra noen av oss for å videreutvikle noe vi kunne kalle "klinisk

psykoterapi", altså psykoterapi som var egnet til å gå inn i de kliniske institusjoner, inn i helsevesenet. Noen begynte omsider i slutten av 50 årene å ta opp disse spørsmålene om hermeneutikk var bedre enn vanlig positivistisk og eksperimentell metode og tenkning innen psykologisk behandling. Dette ble veldig sterkt imøtegått, mens det vel idag er noe som er blitt nokså alminnelig antatt. Jeg tror det er vanskelig å forestille seg hvor harde kampene var den gang på så enkle filosofiske spørsmål.

Schjelderups artikkel om varige virkninger av psykoanalytisk behandling, som kom umiddelbart etter krigen, var den gang en sensasjon fordi den faktisk prøvde å gjøre en vitenskapelig undersøkelse over virkninger av psykoterapi. Leser vi den idag er vi kanskje ikke så veldig imponert over vitenskapen i den. Men han gjorde noe som ble referert meget til senere. Det er unødvendig for dere her å ramse opp hvordan alt dette gikk videre, men vi vet at det ofte har vært sagt - og det er det viktige i dette - at norsk klinisk psykologisk forskning er så dårlig. Det tror jeg også henger mye sammen med at vi har knyttet oss så mye til den medisinske tankegang - fordi den kliniske psykologiske forskning som foregikk til å begynne med var på psykiatriske premisser. En gikk ut fra de psykiatriske sykdomsbilder osv. og det tok lang tid før folk ble så selvstendige at de kunne se at dette i grunnen "did not make sense".

Vi husker utviklingen videre med gruppeterapi, familieterapi osv. - alt dette som kom etterhvert. Jeg skal ikke si så meget om det, annet enn det er klart at så vidt dårlig som individualterapi har vært belagt når det gjelder virkelig god og grundig forskning, så blir problemene mer kompliserte dess flere faktorer vi bringer inn i det. Vi har faktisk en tendens til idag å mene at alle skal drive med noe som er uhyre mye mer komplisert enn de relativt enkle modellene vi hadde tidligere, eller som vi har hatt i individualterapeutisk forskning, og som fremdeles også er utilstrekkelige.

### Profesjon og "vitenskapelighet"

I innlegget sitt refererte Bjørn Christiansen til Tore Lindbeck. Han skilte mellom de forskningsrettede disipliner med kunnskapsforvaltning og kunnskapsutvikling som primære mål på den ene side, og på den annen side disipliner som forbereder for praktiske formål. I forbindelse med disse formål er kunnskapen et redskap, ikke noen verdi i seg selv. I den første gruppen regnet han filologer og realister, senere også samfunnsvitere og i den annen jurister, teologer og medisinere. Psykologene synes som et ledd i sin form for profesjonaliseringsutvikling, å bevege seg fra den første til den annen gruppe. Således ser vi at det nå i de norske standarder presiseres at embetsstudiet ikke utdanner forskere, samtidig som de som mottar studenter til deres første famlende skritt i praksis, ikke har noen sterk opplevelse av at studentene har lært noe de kan anvende i praksis. Dette gjelder Oslo-området. Dette siste bedrer seg riktignok ofte ganske fort, fordi det studentene ikke har lært er gjerne det å ta



konsekvensene av egne teoretiske innsikter, og det å stole på eget omdømme, ta praktiske valg osv. Det er et av de mange dilemmaer vi verken kan eller skal løse her.

Etter min mening ville det være en ulykke om profesjonsutviklingen skal gjøre at vi beveger oss vesentlig bort fra vitenskapelige intensjoner i utgangspunktet. Da kan vi lett komme tilbake til det opprinnelige utgangspunkt som Lindbeck skriver om. Universitetsundervisningen skulle være vitenskapelig "men heri lå ikke oppfattelsen av vitenskapelig som synonymt med kritisk, dynamisk, originalitetsrettet, men som ensbetydende med idealer som sanndruhet, (det er utmerket det) pålitelighet og trofasthet mot den kunnskapsbasis som allerede foreligger". (Lindbeck). Den sistnevnte trofasthet er vel all utviklings og forskningens verste fiende, skulle jeg tro. "Vitenskapelige holdninger" er noe tøv etter min mening, fordi det i tilfelle må være en holdningsløshet som skal til for å være vitenskapelig - en holdning er jo en fiksering av noe.

Lindbeck påviser også at tidligere tiders filologer og realister tross studiets lite forskningsrettede karakter, viste stor faglig aktivitet etter endt studium og stadig gjorde sitt ytterste for å holde seg faglig ajour på bred basis. Han spør: "Var det fordi det forskningsbegrep man opererte med var så lite ambisiøst?" Det vil jeg la stå til dem som stiller med forskningen, fordi jeg har følelsen av at mange idag blir skremt av forskning på en måte. På den annen side, hvis et profesjonsrettet studium skal være en praktisk realitet, må en ta de nødvendige konsekvenser i retning av å utdanne folk som kan drive psykologisk behandling. Uten å ha inngående kjennskap til forholdene i Bergen, har jeg inntrykk av at de der har gjort det - uten å fire på kravene til å være nysgjerrige, forskningsrettede og vitenskapelig orientert. Tvert imot synes det å komme stadig flere forskningsrapporter fra dette virkelig profesjonsrettede studium som nå også får eget fakultet.

#### Psykologiske eller medisinske modeller i helsevesenet ?

Jeg har ikke tenkt å si at vi skal gå ut av helsevesenet. Men jeg har lyst til å si at da vi i sin tid gikk inn i det "for full musikk" (og det var bl.a. fra vi i 1964 begynte med denne første komiteen angående refusjonsordningen fra trygdekassen den gang, senere fra folketrygden) så reiste jeg spørsmålet om vi ikke først burde ha en diskusjon om vi skulle inn i dette vesenet. Spørsmålet ble totalt avvist. Det var ingen som ville diskutere det, det var helt irrelevant. Det jeg tror er verst for klientene når det gjelder helsevesenet er at vi er bundet til disse medisinske modellene som er nokså ille. Det blir en fantastisk sykdomsopp-tatthet. Det er en fremmedgjøring overfor egne problemer, en mulighet for å kripe inn i sykeroller som er veldig vanskelig å motarbeide for oss - blant annet fordi en stor del av den psykiatriske virksomhet ved mange av landets sykehus fremdeles går ut på å overbevise pasientene om at de er syke. Den går ikke ut på å overbevise dem om deres iboende muligheter, den går ut på å overbevise dem om at de er syke, sånn at de kan få såkalt "innsikt" på det. Og det har ikke noe med den innsikten vi snakker om i psykoanalyse e.l. å gjøre.

Det som dette helsevesenet har medført for psykologene er vel i praksis først og fremst at de har følt seg, til å begynne med, forpliktet til å gå inn i de tradisjonelt medisinske institusjonene og tankegangene. Videre at vi har forpliktet oss til, og våre kolleger til, å utdanne oss fortrinnsvis innen rammen av disse medisinske tankegangene. Dette har skaffet oss enkelte økonomiske og sosiale fordeler i den utstrekning vi er villig til å delta mer eller mindre på legenes premisser. Men vi har også vært i stand til i løpet av mange år å tilkjempe oss en viss rett og evne til å forandre tenkning og sedvane innenfor institusjonen. Såvidt jeg kan se har vi klart dette via to former for virksomhet, begge særlig knyttet til psykologisk behandling, den såkalte psykoterapi: undervisning og supervisjon. Vi har derimot drevet lite forskning. Det tror jeg henger sammen med at den psykologen som her i landet har startet ved sykehus før meg var veldig opptatt av diagnostikk og forskning, mens jeg mente det var viktig å utvikle det psykologiske fagområdet på sykehusene til fortrinnsvis å ha behandlingsmessige siktemål. Da Killingmo så begynte på psykiatrisk klinikk, hadde han uavhengig av meg det samme synspunkt, var dessuten i større grad enn jeg hadde vært klarsynt nok til å forlange å gi sine diagnostiske uttalelser mer på psykolog- og menneskespråk enn på psykiaterspråk. Diagnostikk ble dermed ikke lenger medisinsk sykdomsdiagnostikk, men personlighetsbeskrivelse med vekt også på klientenes utviklingsmuligheter, noe de andre psykologene da tok etter i.

### Profesjonell allsidighet

De dilemmaene vi står overfor fremdeles er vel for det første dette som har vært nevnt ofte, men som jeg har følelsen av at vi aldri fikk debattert ferdig: det er i hvilken grad studier skal være forskningsrettet og profesjonsrettet. Der har vi bare snakket om studier og vi har ikke snakket noe særlig om etterutdanning, som endel av oss har holdt på med. Den er for psykologenes vedkommende veldig mye bestående av mer eller mindre ufrivillige kurs. Jeg mener de er mer eller mindre ufrivillig både for lærere og elever i grunnen. De er ulystbetonte for de fleste som skal delta i denne underbetalte undervisning. Der er det også et spørsmål: hvor mye skal vi være bare praktisk rettede, og hvor mye skal vi gå inn i skikkelig teoretisk etterutdanning? De som får etterutdanning følger ikke alltid så veldig godt med i faget ellers, slik at på kursene har vi vel egentlig rett og plikt til å følge opp også teori.

Der har jeg lyst til å si noe til P.A. Holters utmerkede innlegg på forrige seminar om hva profesjonalisering egentlig innebar. Jeg synes han ikke helt klart fikk frem: Hvis jeg får en snekker i huset, så er det ikke meg om å gjøre å få en snekker som en eller annen gang i sitt liv har laget et fabelaktig barskap, især ikke hvis jeg skal ha oppført en kjøkkenbenk. Jeg vil gjerne ha en snekker i huset som aldri gjør noe særlig feil. Det er ikke noen vits med psykoterapeuter som er fabelaktige

til å gjøre en eller annen grusomt interessant og inspirerende terapi. Vi trenger terapeuter som har liten feilmargen i behandlingen. Det er å være profesjonell. Det betyr ikke å aldri gjøre en feil. Det betyr at ikke behandlingene er mislykkede, eller fører til resultater som er mere gunstig for terapeuten enn for pasienten. Dette synes jeg har vært nokså dårlig bevendt på to måter. Den ene er at mange psykoterapeuter ser ut til å binde seg i sin rettethet ideologisk og/eller metodisk, på en måte som gjør at de enten avviser halvparten av klientellet eller mishandler dem, hadde jeg nær sagt. Altså vi vil gjerne at en snekker skal kunne både føre opp kjøkkenbenker og trapper og litt av hvert, hvis vi først har ham i huset. Folk har ikke så mye å velge mellom når det gjelder psykologer, så jeg tror simpelthen psykologene er nødt til å være noe bredere orientert enn de ofte har vært. Spesialitetene våre sier for lite om det egentlig. De fleste som driver psykoterapi tilhører en eller annen skoleretning og innskrenker seg til det. Jeg tror det er galt. Jeg tror det der er et brudd i forhold til den akademiske tradisjon, og det som har forbauset meg er med hvilken letthet det har passert. Jeg tror det har brakt en vesentlig stimulans i utviklingen at vi har fått utfordringen fra atferdsterapien. Dette kan bli en bro over til å tenke litt annerledes. Vi har i alminnelighet ikke følt oss nok forpliktet til å sette oss inn i stadig nye mulige måter å hjelpe våre klienter på, ved radikalt å fornye egen tenkning og dermed metodikk, innstilling etc.

Så er det dette dilemmaet mellom fordypelse på den ene side, og på den annen side en faglig metodisk bredde også når det gjelder forskningsorienteringen. Det gjelder universitetene, og det gjelder etterutdannelsen. Der kan man vel si at erfaringene er gjerne at hvis noen fordyper seg nok i en form for psykologisk metodikk, så fører det til en grense hvor man nødvendigvis går over i neste interesse. Altså man vil øke bredden hvis man går i dybden, for før eller senere så fører det utover. Mennesker er mennesker, og det er ikke mulig å gå i dybden på et område uten å ta med hele personen, og dermed bli interessert i andre ting.

Så er det dilemmaet mellom ulike fokuseringer innen teorier om og forskning i:

- a) årsaker til forskjeller i menneskers opplevelser og atferd, symptomdannelse osv.
- b) den psykologiske behandlingssituasjonen og hva som foregår der
- c) virkinger av aksjoner og interaksjoner i behandlingssituasjonen

Tradisjonelt vil det si:

- a) vekt på å utvikle en psykologisk psykoanalytisk synsmåte
- b) vekt på såkalt interpersonelle relasjoner, vekt på mellommenneskelige forhold og dynamikken i behandlingssituasjonen
- c) vekt på atferdsforandring, grenseoverskridelse, kall det hva man vil

Så er det dilemmaet mellom vekt på evaluering og på behandling, hvor det har vært en slagt motebølge i mange år at man ikke skulle gjøre noe særlig på evalueringssiden, annet enn forsiktige samtaler og sånn. Det var ikke lov å ta tester f.eks. fordi det ikke var vitenskapelig nok. Jeg vet ikke hvor mye mer vitenskapelig det er å snakke med folk. Man tar altså ikke alle hjelpemidler i bruk for å komme frem til dette (som Marstrander nevnte) å forstå pasienten der hvor pasienten eller klienten er, og få en virkelig forståelse av dette fra opplevelsessiden og fra atferdssiden, fra innfølingssiden og fra observasjonssiden. Det er vel egentlig ikke noe dilemma, for det er vel gjerne der behandlingen begynner, men enkelte ser det som et dilemma.

### Direkte eller indirekte behandling?

Så er det spørsmålet om i hvilken grad psykologene skal bruke direkte virkemåter eller virke via noe som har vært omtalt som "paraprofesjonelle" (man mener vel ikke parapsykologi?)

Vi har forskjellige stadier:

- a) den direkte behandling med vekt også på plager og symptomer, individuelt og i gruppe
- b) den indirekte form for metode som f.eks. de psykoanalytiske metoder representerer, også eventuelt i gruppe
- c) den indirekte behandling via andre fagfolk, f.eks. via veiledning (supervisjon) når det er egen faggruppe eller konsultasjon når det er andre faggrupper
- d) den indirekte behandling via gruppekonsultasjon
- e) behandling av behandlingssystemene og andre organisasjoner som får med klienter å gjøre
- f) samfunnsplanlegging, og til slutt eventuelt
- g) psykopolitisk virksomhet

Hver enkelt får ta stilling til hvor hun vil legge vekten her, og her er vel meninger forskjellige. En følge av den sterkt medisinske påvirkningen er at kliniske psykologer ofte har vært forbausende blinde for materialitet og samfunnsforandringens innflytelse på folks vanskeligheter - noe som det også er viktig å være oppmerksom på at vi må forske videre på, og ta hensyn til i vår forståelse av pasienten.

### Psykologer innenfor eller utenfor psykiatriske institusjoner?

Så er det da dilemmaet: Skal vi fortsette innen de psykiatriske institusjoner? Skal vi danne egne psykologiske institusjoner? Skal vi m.a.o. arbeide innenfor eller utenfor det man idag regner for helsevesenet? Skal vi forsøke å forandre helsevesenet? Skal vi gå over i vesentlig privat virksomhet som vi har anledning til, og i tilfelle er det å delta i helsevesenet? Vi har fått vite fra Helsedirektoratet at de privat-

praktiserende psykologer ansees ikke som en del av helseplanen, ikke for Oslo i alle fall. D.v.s. vi står innenfor helsevesenet med vår trygdekassetilknytning og dermed rapportplikt osv., hvis noen ønsker å vite hva vi driver med. Samtidig har vi ingen særlig beskyttelse hvis det skulle begynne å bli vanskelig for oss. Det er ikke tale om på lang sikt fremover ifølge Helsedirektoratet at vi kan få så og si fast lønnede privatpraktiserende psykologer - altså at man inkorporerer de privatpraktiserende psykologer i helsevesenet på den måten.

Da jeg for noen år siden foreslo at alle psykologer innen helsevesenet som var ferdig med sin spesialitet, skulle av solidaritetshensyn gå ut i privat virksomhet, så syntes folk det var forferdelig morsomt, de lo så de skrek. Jeg synes ikke det er noe særlig morsomt. Det er snart den eneste måten vi kan skaffe våre yngre kolleger jobb på. Det er en forferdelig effektiv måte å skaffe dem jobb på, og det er en veldig sikker måte til å få et bedre tak om behandlingen av de klienter som kan bruke oss best, nemlig de på primærplanet. Det er interessant, kanskje særlig utenom Osloområdet, å sitte og motta allslags mennesker til behandling og se hva det egentlig innebærer av muligheter. Da kan vi virkelig arbeide uten å bli for meget sjenert av å sitte i møter hele dagen, uten å behøve å bruke halvparten av tiden til å skrive utredninger om generelle forhold i Oslo kommune eller hva det måtte være.

Kort sagt synes jeg det er eiendommelig at selv om det selvfølgelig er slik at å arbeide privat innbefatter at man arbeider meget mere for mindre penger, at psykologer ikke heller vil gjøre det for å få et annet grep om faget vårt. Fordi det er opplagt der vi kunne gjøre noe, hvis den store mengde psykologer gikk ut i privatpraksis så ble vi kjent med folk. Folk begynte også å forstå hva vi gjorde. Vi kom ut av den medisinske tankegang selv om vi var avhengig av en slik liten lapp av en henvisning. Vi ville da komme over i konsekvent å arbeide på vårt vekst-, modnings- og utviklingsaspekt, istedenfor å liksom arbeide med sykdommer, symptomer osv.

Så har vi dilemmaet da, generellt, om vi skulle ha meldt oss ut av helsevesenet. Det tror jeg er helt upraktisk, så det tror jeg ikke er noe å diskutere. Jeg tror vi kunne, hvis vi hadde hatt veldig god tid, diskutert hvorvidt vi i sin tid skulle ha gått inn i det, men det er en akademisk diskusjon av mindre interesse her.

## DEBATT

Bjørn Christiansen:

Einar Dannevigs foredrag fikk meg til å tenke på Trygve Bråtøy. Også han gikk ut av sykehusvesenet fylt av frustrasjon og maktesløshet. I en tilstand av indignasjon skrev han i en bok som heter "Pasienten og legen", som jeg hadde glede av å lese pånytt for kort tid siden. Bråtøy behandler i denne boken en rekke av de konflikter både overordnede leger og psyko-  
loger kommer opp i når de arbeider ved offentlige psykiatriske institusjoner. Bråtøy er opptatt av ansettelsesforholdene. Han angriper Lægeforeningens innstillingspolitikk, hvor det legges vekt på ansiennitet fremfor egnethet og dyktighet. Han reiser spørsmålet om hvorledes han skal kunne oppbære ansvaret for en avdelings faglige og behandlingsmessige standard, når han ikke samtidig får seg tillagt den nødvendige myndighet. Et annet punkt Bråtøy vier oppmerksomhet er den omsegripende byråkratisering og at en blir administrativt "dynget ned" med saker som egentlig ikke angår ens egen arbeidssituasjon og egne arbeidsoppgaver. Et tredje punkt Bråtøy beskjeftiger seg med er teamarbeidets forbannelser. Hans hovedsynspunkt er at teamarbeid stjeler tid fra pasientene, at det fort fører til at det terapeutiske personell ved en psykiatrisk avdeling bruker mesteparten av sin tid på seg selv og på løsningen av egne problemer på bekostning av å gjøre det de egentlig er betalt for - nemlig å arbeide med og for pasientene for å hjelpe disse med å finne frem til en bedre løsning på deres livsproblemer. Teamarbeid blir følgelig for Bråtøy et offentlig sanksjonert tyveri av gigantiske dimensjoner.

Det var et annet punkt jeg fikk lyst til å si noe om i tilknytning til Dannevigs foredrag. Psykologene som arbeider innenfor helsetjenesten har hittil i overveiende grad vært opptatt av sine relasjoner til psykiatere og til psykiatrien. De har i svært liten grad vært opptatt av relasjonen til medisinsk almenpraksis og til de almenpraktiserende leger. Personlig tror jeg psykologene på sikt har mer å tilby av ytelser og tjenester og mer å hente av inspirasjon og utfordringer i samarbeid med almenpraktikere enn i virksomheten innenfor de psykiatriske institusjoner. I USA ser man mange steder psykologer i gruppepraksis sammen med almenpraktiserende leger, og dette er en arbeidssituasjon som blant mange psykologer blir vurdert som svært tilfredsstillende. Det er vel grunn til å tro at tilsvarende praksisformer etterhvert også vil slå rot i Norge.

I Danmark er det i de senere år blitt drevet endel forsøksvirksomhet når det gjelder psykologers arbeidsmuligheter innen den primære helsetjeneste. En av undersøkelsene ble igangsatt gjennom et samarbeid mellom Dansk psykologforening og Dansk almenpraktikers forening. Seksten leger og seksten psykologer arbeidet sammen i par over en fire-fem ukers periode. Alle pasientene som kom til de deltagende leger, ble undersøkt både av legen selv og av den samarbeidende psykolog. Begge parter - uavhengig av hverandre - fylte ut et skjema hvor det skulle angis om pasientens plager var sosialt, psykisk eller somatisk betinget og om pasienten burde viderehenvises til psykolog, til medisinsk spesialinstitusjon eller til det sosiale hjelpeapparat. Alt i alt ble ca 600 pasienter undersøkt og vurdert på denne måten, de var hjemmehørende både i København, i mindre byer og i land-distrikter. Kontrollsjekker som ble foretatt antydnet at pasientutvalget var representativt for dem som søker almenpraktiserende lege.

For å gjøre en lang historie kort: Blant de ca 600 undersøkte pasientene, mente legene at 16% burde henvises til psykolog. Psykologenes egne tall var bare ubetydelig høyere - 21%. Ved vurdering av etiologi mente legene at 61% av tilfellene var å betrakte som rent somatiske, mens psykologene anslo denne andelen til 55%.

Av særlig interesse er at det blant en gruppe almenpraktiserende leger - med variert geografisk plassering - viser seg å foreligge et ønske om å viderehenvises til psykolog ca 15-20% av det pasientutvalg de får kontakt med gjennom sin praksis. Det ble med ønskene for de aller fleste. Det finnes ikke i Danmark (og heller ikke i Norge) noe utbygget offentlig eller privat psykologisk hjelpeapparat som kan tjene som henvisningsinstans for privatpraktiserende leger når de møter pasienter som etter deres beste skjønn ville ha kunnet dra fordel av behandling hos psykolog.

I en annen dansk undersøkelse blir spørsmålet berørt om en slik henvisning til psykolog - hvis den praktisk lot seg gjennomføre - ville ha en positiv og fordelaktig virkning. Det helt sentrale spørsmål er selvsagt om pasienten ville ha et positivt utbytte av den psykologiske behandling. Å vurdere effekten av psykoterapi åpner mange vanskelige kontroll-spørsmål, i tillegg til kriterieproblemer og målingsproblemer. Et kanskje overfladisk mål på effekten, men ikke desto mindre et relevant spørsmål ut fra den almenpraktiserende leges synsvinkel, er om henvisningen til psykolog fører til at den angjeldende pasientgruppe i vesentlig mindre grad enn tidligere legger beslag på legens arbeidstid og arbeidskraft. Utgangspunktet er at det gjelder pasienter som legen opplever at opptar hans tid til fortrenghet for andre pasienter og andre oppgaver som han føler seg mer kompetent til å ivareta. Den danske undersøkelsen hadde nettopp et slikt praktisk siktepunkt. Spørsmålet er: Vil konsultasjonsfrekvensen til almenpraktiserende leger bli redusert for pasienter som av legen blir henvist til psykolog? Undersøkelsen gikk ut på å registrere

en pasientgruppes konsultasjonsfrekvens fire måneder før henvisning til psykolog hadde funnet sted, og fire måneder etter at gruppen hadde hatt kontakt med psykolog. I alt omfattet undersøkelsen 32 pasienter. Resultatene var oppmuntrende. Mens pasientgruppen før henvisningen hadde en konsultasjonsfrekvens på 108, falt konsultasjonsfrekvensen etter henvisningen til 62.

Undersøkelser av denne type sier selvsagt ikke noe direkte om effekten av psykologens behandling på pasientenes helbredstilstand. Den sier heller ikke noe om hvorvidt legen ville kunne ha gjort en bedre jobb enn psykologen hvis han hadde investert den samme arbeidstid. Hva undersøkelsen sier noe om er bare hva et samarbeid mellom psykolog og almenpraktiserende lege vil kunne føre til, og at den deltagende lege vil få mer tid til å arbeide med pasienter hvor han selv opplever at han kan gjøre en bedre og mer meningsfull innsats.

### Hallgrim Kløve:

Disse foredragene idag har gitt oss mange gode perspektiver på utviklingen innen norsk psykologi. Man har hele tiden sagt at "Vi skulle kanskje ha gjort B istedenfor A". Men ingen har sagt særlig eksplisitt hva vi ville ha oppnådd om vi nå hadde gjort B. Hva ville situasjonen vært om vi hadde lagt mindre vekt på den medisinske modellen og f.eks. gått ut av helsevesenet? Jeg tror ikke det på noe tidspunkt hadde vært mulig, men hadde vi eventuelt oppnådd noe bedre?

Vi hører endel klager og litt bekymring fra psykologer i helsevesenet. Vi som driver klinisk psykologi knyttet til universitetet har en litt annen oppfatning av den kliniske hverdag. Men jeg tror vi må se våre norske problemer i et internasjonalt perspektiv. Enda har ikke noen dansk psykolog fått ett øre ut av det danske trygdesystemet. Jeg selv fikk trygdekasserefusjon første gang i 1952, uken etter at jeg tok eksamen. Psykologlovgivningen eksisterer nærmest ikke i Europa unntatt i Skandinavia. I Nederland er det ingen psykologlov, men psykologforeningen har en ordning som nærmest har lovs kraft. Vi er faktisk helt enestående i Europa med psykologlov og tilgang til trygdesystemet. I Canada har de psykologlover som ville få oss til å bli vettskremt. Ontario, en av de store og sentrale provinsene, definerer kvakksalverprinsippet i psykologloven: Psykologen må være supervisert av leger. I lovens forstand, om ikke i detaljert praksis, er det en ren legekontrollert klinisk psykologi. I USA har noen stater liknende psykologlover som oss, men det gjelder ikke alle steder. Min konklusjon blir at norske psykologer er kommet vesentlig lenger enn i andre vestlige land. Hvis vi ikke hadde vært knyttet til helsevesenet, ville vår situasjon vært som andre lands psykologer? Har vi vært uforvarende heldige? Selv om vi har grunner til bekymring og klager, må vi være klar over at vi ligger meget godt an sammenlignet med psykologer i andre land.



## Tor Kobberstad:

De effektivitets- og samfunnsøkonomiske sidene ved profesjonens virksomhet skal vi drøfte imorgen, men jeg hadde ventet at man hadde berørt dette allerede. Marstrander var noe inne på det i sitt foredrag, han mente at mange psykologer i det private næringsliv neppe kunne komme på tale - bedriftene hadde ikke råd til det. Det var litt av en innrømmelse og er antagelig riktig i dag. Men hvis psykologene qua psykologer på sikt viser seg å kunne bidra til at produksjonseffektiviteten økes, at miljø- og samarbeidsproblemer reduseres - så er det klart at psykologene her har et interessant marked for sine tjenester.

Noen undersøkelser av den psykiske helsetilstanden hos folk hevder at hver 3. eller hver 4. nordmann burde få psykologisk behandling. Hvis vi skal tro dette, må det potensielle marked for psykologer være enormt. Enorme blir også de potensielle konsekvenser for skattebetaleren, hvis alle former for psykologisk behandling blir refundert over folketrygden. Vi må se nærmere på hva slike undersøkelser mener med "psykisk helse". Uansett kunnskapsgrunnlag og behandlingsmuligheter er det et behov for å definere hvor grensen går for å bli erklært verdig til folketrygd-finansiert psykoterapi. Vi trenger også en skikkelig evaluering, f.eks.: Vil man ved å satse på ulike former for psykoterapi redusere sterkt andre medisinske kostnader?

Så litt om kunnskapsgrunlaget. Siden jeg selv ikke er fagmann, får jeg nøye meg med å sitere hva enkelte fagfolk mener om dette. "Psykiatere har aldri hatt noen felles fundamental tro eller viten å enes om. Hele psykiatrien er en stadig kamp om hvilke terapeutiske ideer som skal overleve. Det er heller ingen enighet om de syke virkelig er syke. Det som er retningsgivende teori for den ene blir forkastet av den andre. Alle terapeuter kan skaffe forskningsrapporter som dokumenterer at deres egen terapiform er effektiv." En kan vise til undersøkelser gjennom tidene som viser at nye behandlingsformer er effektive i ca 80% av de behandlede tilfellene. I 1920-årene gjaldt dette moralterapi, i 30-årene insulinsjokkbehandling, i 40-årene elektroshokk og lobotomi, i 50-årene miljøterapi og medikamenter. I 60-årene var det atferdsterapien, der det er 90% helbredelse, og i 70-årene bio-feedback metoder. Slike undersøkelser tyder på at det er store mangler ved psykiatrisk forskningsmetodikk. "Når alt kommer til alt synes det magiske tall i psykiatrien å være 1/3. 1/3 av pasientene helbredes, 1/3 viser noen bedring og 1/3 forblir uforbedret. Dette synes å være et slags gjennomsnittstall av forskningsresultatene, og av praktiserende psykiateres og psykologers erfaring. Disse tall synes å være temmelig uavhengig av hvilke terapeutiske metoder som anvendes. Psykiateren kan nær sagt gjøre hva han vil med sin pasient, til og med la ham forbli ubehandlet. Resultatene blir stort sett det samme." (Sitatene er etter hukommelsen fra en artikkel av Paul Moxnes i Aftenposten september 1977.)

Hvis dette kan mistenkes å være noe i nærheten av sannheten, så kan ikke dette være en oppgave for trygdesystemet. Men hvis den enkelte person er villig til selv å betale for behandling, så må han selvfølgelig få anledning til det. Noen statslønnet privatpraksis for psykologer over folketrygden burde imidlertid ikke være aktuell politikk.

#### Leif Braaten:

Jeg vil bare gi et kort supplement til Bjørn Christiansens innlegg. Jeg var selv invitert til Aarhus Universitet i november ifjor, og hadde en gruppe en uke med opplevelsesorientert undervisning. Gruppen besto av viderekomne studenter ved Aarhus Universitet som jobbet sammen med almenpraktiserende danske leger i et slikt program. Etter hva jeg har skjønnt på Aarhus Universitet, som ikke har noe spesielt omfattende klinisk program, så har de fått en åpning der som er helt fantastisk. Der er det 12 nye studenter hvert semester som får en slik sjanse. Jeg må dessverre si at jeg ikke har kjennskap til hvordan dette tiltaket kom istand. Men at det er en åpning der som er veldig viktig for nye generasjoner av psykologer er opplagt.

#### Bjørn Christiansen:

Initiativet kom fra Danske Almenpraktiserende Lægers Forening, ikke fra Dansk Psykologforening.

#### Leif Braaten:

Verdien av et slikt tiltak kan jeg på en måte bekrefte, for når jeg tenker meg om så har jeg selv i tolv år jobbet sammen med almenpraktiserende leger på Universitetet på Blindern. De satte stor pris på å få avlastning med et for dem veldig tidkrevende klientel, slik at de kunne holde sin gjennomsnittskonsultasjonstid nede på et sted mellom 5 og 15 minutter. Deres "stykkprisbetaling" gjør dem veldig lite egnet til å jobbe intensivt med folk med emosjonelle problemer, også dem som har en psykisk komponent i sine mer somatiske lidelser. Jeg synes vi skulle "røke ut" våre legekolleger her hjemme og se om vi kunne få igang en lignende ordning som den i Danmark.

Erik Larsen:

Jeg synes ikke det du kom med var interessant, Kobberstad. Du tar en generell utvikling og gjør den spesifikk for psykologer. Har ikke økonomenes fag gjennomløpt ulike historiske epoker? Er ikke økonomer uenige? Vi ser at cand.oecon. Willoch fra Høyre og LO's økonomer ikke er enige. Det forbauser meg at du gjør en generalisering så spesiell for psykologene. Til temaet om økonomi og psykologi: Det er mulig å gi optimal psykologisk behandling, men det koster så mye at økonomer ikke kan tenke slik. Dessuten er prinsippet om at pasienten har rett til optimal behandling, dessverre brutt nå i helsevesenet. Grunnen er at vi har fått så dyre behandlingsmetoder, f.eks. hjertetransplantasjoner og caronarkirurgi. Det er beklagelig at dette prinsippet om optimal behandling er brutt, når den psykologiske behandling endelig er kommet dit at den skal tilnærmedesvis begynne å gi optimal behandling.

Ivar Lie:

Jeg tror som Kløve at norsk psykologi har hatt en særlig styrke ved å ha vært dominert av klinisk psykologi. I anvendt sammenheng er det tross alt klinisk psykologi som har båret norsk psykologi oppe og skaffet faget innflytelse og profesjonell status. Vi har her med en gruppering innen norsk psykologi som har tatt faget på alvor. I dag, hvor det er åpenbart at klinisk psykologi i klassisk forstand representerer en alt for snever og ensidig tilnærming innen anvendt psykologi, er det å ønske at vi andre er i stand til å overta noe av pionerånden og engasjementet som klinikerne har vist.

Til Bjørn Christiansen og Leif Braaten vil jeg kort kommentere: Det er utvilsomt riktig at en betydelig prosent av det klientell som søker legehjelp primært har psykiske problemer, og derfor heller skulle søkt psykolog. På en annen side skal vi også være oppmerksom på at lege, almenpraktiserende så vel som spesialister, ofte diagnostiserer som psykiske enhver lidelse som de ikke finner en somatisk forklaring på. Når en undersøkelse som er utført i henhold til godkjente rutiner viser negativt utfall, tyr legen altfor ofte til betegnelsen "psykisk betinget". Dette er det viktig for psykologer å være oppmerksom på. For øvrig vil jeg si at psykologi bør gis en betydelig mer omfattende biologisk skolering slik at de blir bedre i stand til å bidra i forebyggende og kurativt arbeide med psykosomatiske lidelser.

Anni von der Lippe:

Verken det Moxnes har skrevet, eller det Lie og Kobberstad har sagt, synes særlig dekkende for vår kunnskap om effekten av kliniske psykologers arbeid. Det har f.eks. vært gjennomført mye forskning om utfallet av psykoterapi. Jo mer omhyggelig denne forskningen har vært metodisk, jo mer har den demonstrert positive effekter av psykoterapi. Det foreligger mye dårlig forskning om disse emner også, og den viser stort sett tvetydige resultater.

Jeg er enig med Kløve i at det hadde vært en ulykke for praktiserende psykologer om de skulle ha holdt seg utenfor helsevesenet. Jeg tror imidlertid spørsmålet idag ikke er om privatpraksis skal foregå innenfor eller utenfor rammen av helsevesenet. Derimot tror jeg det er et spørsmål om psykologers praksis best kan foregå innenfor eller utenfor psykiatriske sykehus. I disse sykehus er den tradisjonelle medisinske sykdomsoppfatning så innarbeidet og effekten av et sykehusopphold er så negativ, at jeg ikke tror psykologer kan arbeide effektivt der. Derimot synes jeg at de fordeler Kløve snakket om ved privat praksis er fordeler som i dag realiseres innenfor de psykiatriske poliklinikker. Endelig har vi begynt å få en poliklinisk helsetjeneste, hvor det er mulig å praktisere en litt annen helsemodell, en modell som er mer utviklings- og vekstorientert. Jeg kan ikke se at privatpraksis nødvendigvis er den beste løsning, men i hvert fall at helsevesen utenfor sykehus er der hvor psykologene kan gjøre best nytte.

Margaretha Tschudi:

Et par ganger i løpet av dagen har det vært argumenter for at den som vil kan betale selv for slike tjenester som psykologer kan tilby. Konsekvensen av det vil være at bare folk med god lønn og interesse for sjelegransking vil kunne betale. Et slikt system vil helt klart utelukke store befolkningsgrupper som vi vet er ganske belastet med psykiske problemer - ikke nødvendigvis bare sykdom. Jeg har lyst til å si i denne sammenheng at jeg synes det er bra at psykologer kan få sin virksomhet betalt over det offentlige enten det er i faste stillinger eller over trygden. Det er da selvsagt at også vi er interessert i økonomisk trygghet og skikkelige ansettelsesvilkår. Men ikke minst hvis vi virkelig er interessert i å imøtekomme folks behov av hjelp og behandling tror jeg at det er viktig at våre tjenester blir betalt av det offentlige.

### Carl Martin Borgen:

For omtrent femten år siden ble jeg nærmest jekket inn med brekkjern på Psykologisk institutt, med min fine anvendte forskning som eneste adgangsbillett. Med tyve års erfaring som det vi kan kalle "elektriker" så jeg med en gang at det var noe i veien med opplysningen. I disse første årene følte jeg meg nærmest som en fremmed fugl som var blitt skyllet iland på en renvasket og noe ødselig strand - tilgriset ikke av oljesøl, men av pasienters blod og tårer. Det var ikke riktig godt å være der, men jeg prøvde å la være å sette mitt lys under en skjepe. Selv om jeg måtte gå for eget batteri så prøvde jeg å blinke stadig varselsignaler gjennom disse årene om at psykologien gikk mot sin undergang hvis vi ikke fikk en bedre utdanning av psykologer, slik at de kunne møte arbeidet som de måtte gå til når de var ferdig cand.psychol. Dette førte til at jeg ble med i studieplankomiteer og har sittet der i syv sammenhengende år. Det alvorlige spørsmålet er: Har jeg tjent disse syv årene, får jeg Rakel eller Lea? Eller må jeg tjene syv år til for å realisere disse tingene? Som elektriker må jeg si at jeg tror ikke det nytter her å legge opp nye ledninger og kontakter. Jeg tror det er selve stigeledningen som vi sier på fagspråket, selve tilførselen av kraft, som det skorter på. Den gamle, nokså føydale stigeledning vi har på instituttene sørger først og fremst for tilførsler av basalfolket - slik at vi ikke får tilstrekkelig profesjonelle folk. Det må legges en ny stigeledning ved siden av den gamle så vi kan bruke begge. Det nytter ikke å tenke seg at vi her kan bruke andre folk utenfra ved siden av basalfolket. Vi må sørge for at de universitetsinstitutter som skal utdanne profesjonelle psykologer, også får folk inn som kan det profesjonelle arbeid.

### Jan Smedslund:

Jeg vil gjerne peke på to aspekter som jeg synes er blitt borte i diskusjonen. Det første er at det snakkes om forskning som om det bare var å prøve ut hvor godt alle disse praktiske metodene virker, dvs. at forskning er å evaluere praksis. Men dette er bare en veldig liten, jeg holdt på å si uvesentlig, del av forskningen. Den spennende og viktige delen av forskningen er den som fører til at våre begreper endrer seg. Om tjue år ser kanskje det psykologiske landskapet helt forskjellig ut, og mye av det vi sitter og snakker om her er historie. Forskning er noe annet enn å evaluere terapi.

Det andre jeg ønsker å si er at vi noen ganger snakker om profesjonen som om en profesjon kan forbedre seg selv. En profesjon endrer seg stadig. Noen av endringene er motesvingninger. Motene har kommet og gått fra Mesmer til Freud. Andre endringer består i at profesjonen

justerer seg til samfunnets forandringer. Men kan den også forandre seg ut fra seg selv? Stort sett tror jeg ikke dette er mulig. For en virkelig forbedring trengs det forskning - og ikke bare den forskningen som går ut på å prøve hvordan metodene virker, men også forskning som gjør at vi ser fenomenene på en ny måte.

### Anni von der Lippe:

Jeg tror det er ganske interessant at det er psykologer som driver den forskningen som evaluerer psykoterapi. Men de som innoverer nye begreper, det er psykiaterne. Det er helt sikkert at det er situasjonen i øyeblikket i utlandet.

### Arnljot Gjesvik:

Jeg synes Dannevigs innlegg har stor interesse som et historisk bidrag til å forstå utviklingen innen vårt felt. Som en som i snart 30 år har jobbet innen helsevesenet, må jeg si to ting. Det ene er at jeg har lyst til å bryte en lanse for legene, som her ensidig er blitt sett på kritisk og lite nyansert. Før psykologene kom inn i "paradiset", var det legene/psykiatrene som måtte slite med disse fenomenene. Det er også et faktum at det er leger som har opprettet mange av stillingene for kliniske psykologer, som vi er gått inn i.

Det andre var til Leif Braaten. Jeg har to ganger undervist på seminar for almenpraktikere i Oslo. Begge ganger har de spurt: "Hvor er psykologene? Hvorfor går det ikke an å få til et samarbeide med dem?"

### Fritz Johannessen:

Til Kopperstads innledning til cost-benefit analyser vil jeg si at psykologene koster lite i forhold til hva helse- og skolevesenet koster. Det er omtrent tusen psykologer i arbeid i Norge, det blir da omtrent 120 mill.kr. i lønnsutgifter og sosiale utgifter. Vi ville ikke kunne eliminere denne utgiften ved å eliminere psykologene, da måtte andre yrkesgrupper løse problemene for klientene. Spørsmålet er om andre enn psykologene kunne gjøre arbeidet like bra eller bedre til samme pris. Min opplevelse av psykologrollen i skoleverket er at psykologene representerer en nyttig supplerende ekspertise i forhold til lærerne. Lærerne

er stort sett glad for at også vi vurderer elevene, selv om vi av og til er uenige i deres vurderinger. Det er en betryggelse at elevene vurderes av flere personer med ulik bakgrunn, når det gjelder ansvar for enkeltpersoner.

### Bjørn Ellertsen:

Selv om jeg er en ung psykolog - relativt nyutdannet - så har jeg kanskje allerede fått kjepphester. Jeg tror at hvis vi skulle tenke i de baner som du Bjørn Christiansen trakk opp, og kanskje satse litt på f.eks. dette å samarbeide med leger på slike premisser, så er det viktig at vi i større grad får inn mer biologisk orienterte fag i opplæringen av psykologer. Jeg tenker ikke da på medisinsk biologi, men det som i litteraturen blir kalt "Behavioral Medicine". Dette er kanskje et uheldig ord, men jeg tenker på mye interessant forskning som nå bl.a. kalles for klinisk psykofysiologi og bio-feedback. Det er viktig at studentene i dag blir bedre kjent med og orientert i disse spennende felt, som spenner over alt fra ren fysiologi til personlighetspsykologi og vever sammen veldig mye interessant psykologi. Jeg tror det har stor betydning og er viktig for at vi skal bli mer anerkjent og få et godt, meningsfullt samarbeide med legene.

### Einar Dannevig:

Svar til Kløve: Ja, jeg tror vi sikkert ville stått svakere hvis vi ikke hadde valgt den veien vi valgte, og som vi valgte nokså bevisst. Jeg har stilt spørsmålet om det har visse negative sider at vi er i helsevesenet, som burde føre til at vi gjør noe med det.

Til Kobberstad: Ja, man reduserer ganske sikkert konsultasjoner hos legen ved henvisning til psykolog. Jeg har meget godt materiale til å belegge det. Jeg tror ikke psykologer først og fremst skal være opptatt av å øke produksjonen i næringslivet. Men som privatpraktiserende psykolog har man dårligst resultater med klienter som allerede er uføretrygdet og puttet på en hel del medisiner av legene.

Til Smedslund: Ja. Den forskningen må vi ha.

Til Gjesvik: Hvem andre enn legene skulle ha opprettet psykologstillinger, når legene satt med makten? Jeg snakker ikke om legene som individer, men jeg snakker om stand og særlig forening i forbindelse med forholdet mellom pretensjon, kapasitet og vitenskapsgrunnlag i terapi.

Til Ellertsen: Ja, nettopp ja.

Til Kobberstad: Den artikkelen du siterte fra, handlet så vidt jeg hørte om psykiatre...

Tor Kobberstad:

Artikkelen handlet så vidt jeg kan forstå om behandlingsmetoder som både psykiatre og psykologer benytter.

Einar Dannevig:

"Resultatet blir stort sett det samme". Det er en konklusjon som sikkert mange andre vil være uenig i, som det også fremgår av artikkelen. Jeg trodde jeg hadde snakket om slik forskning som gjorde at vi visste noe om hva som skjedde og hva som var virksomt i psykoterapi. Jeg vet det er en del forskning på det, men vi er ikke kommet så langt ettersom folk stadig er uenige om dette. Selvfølgelig skal ikke all terapi skje i privat praksis, men jeg tror at også på poliklinikker er man ofte belemet med sykdomsmodeller som ikke tjener pasientenes beste.

Til Carl Martin Borgen: I de siste 25 eller 30 årene har man snakket om at man må få de profesjonelle psykologene inn på universitetet. Da jeg var psykolog første gang på Dikemark 1950-54 var det snakk om å opprette et dosentur II der ute. Da jeg var veileder i psykoterapi for legene og psykologene på Dikemark, så var det snakk om å få et lektorat II. Da jeg var sjefpsykolog på Dikemark noen år senere så var det snakk om de ikke kunne få en lektor tilknyttet Dikemark. Med økende alder på Psykologisk Institutt, så er folk blitt tiltagende redde for at det skal komme andre inn og ta stillingene deres.



## IDENTITETS- OG LOYALITETSKONFLIKTER I PSYKOLOGISK PRAKSIS

Peter Andreas Holter, Oslo

Formålet med NAVFs profesjonaliseringskonferanse i 1977 var å analysere fordeler og ulemper, muligheter og farer, ved utviklingen av profesjonene innen enkelte sosialvitenskapelige og medisinske fagområder. Naturlig nok kom allerede da psykologprofesjonen i fokus, bl.a. fordi den gjennom Per Nyhus's popularisering - eller upopularisering - av Bergljot Bakliens utredning, fremsto som "profesjonen som hadde klart å løfte seg selv opp etter håret".

Ved det samme seminaret vi deltar i her, inviteres vi til å finne ut av hvor dette løftet har ført oss; hvor mye vi har løftet selv og hvor mye vi er blitt luggét; hvor hårsåre vi måtte ha blitt; vi har beskuet vår navle... og ytterligere anatomiske lignelser i forlengelsen av dette overlater jeg til den enkeltes egen fantasi... over til hvor vi står på våre føtter i dag.

Det jeg skal prøve å gjøre er å reflektere noe over identiteten som psykolog, dels fra opplevelsessiden, dels i den sosiale kontekst. Videre vil jeg spesielt gi noen utdypende betraktninger omkring den selvstendig praktiserende psykologs rolle, som et supplement til det Einar Dannevig og andre berørte igår aftes.

I betraktning av den særdeles skjeve aldersfordeling som kjennetegner vår profesjon, med en svær relativ overvekt av nyere generasjoner, synes jeg det er litt beklagelig at denne konferansen er blitt så "augurdominert" som den er blitt. Jeg tar dog ikke den konsekvens at jeg frasier meg ordet, jeg skal prøve å ta en annen konsekvens: I forbindelse med undervisning i profesjonsavsnittet av spesialistutdannelsen for psykologer, har jeg fått anledning til å bli kjent med hva slags problemer yngre kolleger er opptatt av. Og jeg vil starte med å referere noen av de spørsmålene som vordende spesialister, ut fra sin egen aktuelle arbeidssituasjon, er interessert i å få diskutert med kolleger og seniors. Jeg skal samle disse eksemplene i tre temaområder, tre synsvinkler på profesjonelle psykologers terreng.

### Konfidensialitet eller informasjon?

Det ene tema har å gjøre med taushetsrett/taushetsplikt; opplysningsrett/opplysningsplikt i samarbeidssituasjoner. Det er tydeligvis ganske ofte et dilemma for psykologen hvor meget, i hvilken form og til hvem han skal gi informasjon om sin klient.

"Når min primærklient er en institusjon, gjelder da taushetsplikten også for uheldige sider ved institusjonen som jeg blir kjent med?"

"Jeg er med i en personalgruppe med representanter for ulike yrkesgrupper. Vi prøver å følge demokratiske retningslinjer. Det omfatter også når det skal treffes beslutninger om behandlingsspørsmål. Ofte synes jeg det er vanskelig å gå helhjetet med på dette når personalet faktisk representerer så forskjellige nivåer av faglig kompetanse."

"Min rolle i teamet blir vanskelig fordi jeg ofte er i tvil om hvem som skal og bør vite hva om den enkelte klient. Det er et press av forventninger om at individualterapeuten skal formidle mest mulig detaljerte opplysninger om klienten. Begrunnelsen er at dette fører til bedre miljøarbeid. Men jeg lurer på om det alltid stemmer?".

### Psykologen som underordnet?

Fra dette temaområde er det for så vidt en glidende overgang til det neste - som har å gjøre med psykologens forhold til de ytre betingelser. Ofte opplever psykologen det som et problem at hans arbeidssituasjon på avgjørende måte influeres av forhold som han selv ikke uten videre har kontroll over.

En psykolog formulerer dette prinsipielt med disse ord: "Jeg undres på i hvilken grad jeg skal betrakte dårlig administrasjon og institusjonsledelse som et faglig-etisk problem for psykologen, når han ser at slik praksis får konsekvenser for behandlingen og derved for klientene?"

En annen spør: "Er det riktig å fortsette å arbeide med en klient når en viktig betingelse for arbeidet ikke er til stede, og når det skyldes svikt hos en som skulle være psykologens samarbeidspartner?"

Et siste eksempel: "I min institusjon tilkommer det ofte meg, som individualterapeut, å iverksette overfor klientene regler som jeg selv ikke har fastsatt og som jeg synes er altfor rigide. Det kan være vanskelig å ta støytten ved å være den som går imot miljøet, og jeg føler jo også at jeg til en viss grad plikter å være lojal overfor miljøets krav. Men det fører til at jeg stundom er redd for at jeg formidler en slags dobbelthet til klientene. Jeg lurer på om jeg som psykolog kanskje er for redd for å opptre som autoritet?"

### Kan psykologen være nøytral?

Fra spørsmål av denne typen, som kan vise oss noe av kompleksiteten i psykologenes yrkessituasjon, vil jeg så nevne det tredje temaområdet, som gjelder psykologens plass i verdienes og normenes verden; psykologen som normsender; en som undres på hva som menes med "nøytralitet"?

En formulerer sitt problem slik: "Med hvilken rett kan jeg postulere et skille mellom klientens objektive og klientens subjektive behov og interesse? Er det slik at jeg, uten å være helt klar over det, iverksetter behandlingsopplegg som egentlig springer ut av min subjektive definisjon av hva som er i klientens såkalte objektive interesse?"

En annen spør: "Hvorledes influeres vår behandlingsstrategi av det grunnsynet vi har på den menneskelige natur?"

Når jeg diskuterer profesjons- og etikkproblemer med psykologistudenter, så er det ofte spørsmål innenfor dette siste området som opptar dem. De har gjerne svært uklare oppfatninger av hva en profesjonell psykolog er, - og deres fantasier om psykologens identitets- og lojalitetskonflikter farves kanskje av deres egen identitet som "profesjonelle" studenter. Det kan bety at de ser på Psykologiforeningens faglig-etiske regelverk som først og fremst et uttrykk for The Establishment, og derfor som temmelig inkonsekvent, upresist og mangelfullt. De har stundom en ideologisk forankring som gjør at de vil ha inn i de faglig-etiske retningslinjene påbud om verdifulle målsetninger psykologer bør strebe hen imot: Kamp mot undertrykking osv. Enkelte av dem gir til kjenne en ideologi som for dem er av høyere orden enn den som er formulert i yrkesetikken. Disse reagerer da imot en slik bestemmelse som følgende: "Psykologen skal bestrebe seg på ikke å påvirke klienten med sine normer og sin ideologi." Deres egen ideologi har et slikt innhold at det ifølge den vil være moralsk forkastelig å etterleve Psykologforeningens påbud på dette punkt. Og dette er en type konflikt som jeg vil vente ikke bare finnes i enkelte studenters fantasiverden. Jeg skulle tro at det også blant yrkesutøvende psykologer må være enkelte med et religiøst eller annet slags livssyn der misjonering er et påbud, - og som føler eller burde føle at de her har en konflikt og må treffe et valg.

Men som det fremgikk i sted, så er slike konflikter aktuelle for andre også, bare vanskeligere å få øye på utenfra og vanskeligere å bli seg bevisst innenfra, fordi det ikke dreier seg om bevisste misjonerings- og påvirkningsønsker, men om et meget mer diffust problem, - kanskje vi kan kalle det et identitetsproblem. Det dreier seg om å finne klarhet i psykologrollen ikke bare i forhold til andre

vitenskaper, til naboprofesjoner og amatørpsykologer, men i forhold til andre av ens egne identiteter. Det dreier seg om grensene mellom det private og det profesjonelle.

I kjernen her står spørsmålet om hvilken grad av såkalt verdinøytralitet det er ønskelig og mulig å oppnå som profesjonell psykolog. Da blir én ting eventuelle begrensninger i personlig evne til profesjonell holdning. Noe annet blir utslagene av det faktum at man som profesjonell psykolog implisitt øver påvirkninger som ikke primært har faglig forankring. Man har implisitt tatt standpunkt eller oppfattes å ha tatt standpunkt til visse verdier: det være seg rasjonalitet eller impulsivitet, fredsommelighet eller kampglede, sunnhetens eller galskapens frodige gressganger.

Utenom denne kjerne har vi så mulighetene for mer eklatante grenseoverskridelser. Det kan være fra den profesjonelle til den private sfære, som for eksempel når man bruker personlighetsdiagnostikk til å nedkjempe sin ektefelle i en krangel. Og det kan være grenseoverskridelser fra den private til den profesjonelle sfære, som når man bruker den yrkesmessige relasjon til å tilfredsstille privat-personlige behov, uten at dette samtidig har en bevisst og for klienten gunstig hensikt.

#### Andres forventninger til psykologen

La meg nå gå tilbake til det jeg kalte kjerneproblemet: Har den praktiserende psykolog bekjent seg til visse verdier bare gjennom å være praktiserende psykolog?

Vi ser iallfall ofte tegn på at folk går ut fra det, både utenfor og innenfor våre egne rekker. Et eksempel utenfra: I "Tidsskrift for den norske lægeforening" nr. 6 i år står et innlegg angående det nytteløse og feilaktige ved terapeutiske tiltak versus forebyggende, såsom det å satse på folketannrøkt i stedet for propaganda mot slikkerier. Et annet eksempel lyder slik: "- å unnlate å lære barn og ungdom selvdisiplin og evne til å mestre adrenalinbestemte sinnetokter... og i stedet utdanne psykologer, sosionomer, psykiatere og bygge anstalter...". Forfatteren anfører også at vi ikke "må ... vende tilbake til underbevisstheten (Freud) og satse på den dyriske del av sjelslivet, hvor drifter, følelser, hormoner og enzymer råder mer eller mindre uinnskrenket."

Et annet eksempel. Denne gang fra en psykolog, som beskriver følgende opplevelse av psykologrollen: "Jeg opplever at dersom jeg lever opp til det profesjonelle kravet om verdinøytralitet, da blir jeg tatt til inntekt for et annet livssyn enn det jeg har. Ut fra mitt livssyn har jeg en bestemt virkelighetsoppfatning. Som psykolog må jeg

imidlertid regne med å bli oppfattet som et av Freuds åndelige barn, det vil si en ateist eller en frafallen som driver med psykodynamiske bortforklaringer av religiøse verdier."

Slike rolleforventninger, og forventninger om rolleforventninger, er en del av vår virkelighet. At forventningene ikke er ensartet er vel også en realitet, - bl.a. slik Bergljot Baklien har redegjort for. Og vi er ikke den eneste gruppen av profesjonelle for hvem slike forhold gjelder. Det totalbillede av legeprofesjonen som seminar-diskusjonen igår kunne gi, illustrerer det. Men jeg vil anta at det kan være et særtegn ved psykologrollen at den står spesielt godt til rette som gjenstand for forventninger der innslaget av projeksjoner er sterkt - uansett av hvilken art disse projeksjoner nå måtte være. I så fall betyr det at vi har å gjøre med stereotypier som ikke så lett lar seg endre av rasjonelle imøtegeåelser.

### Identiteten som psykolog

Men det er nå forventningene. Fortsatt kan vi spørre om det ligger noe i identiteten som profesjonell psykolog utover å ha en nærmere definert utdannelse og vitenskapelig referanseramme. Hva "står psykologen for"?, som det heter.

Den prinsipielle delen av de faglig-etiske retningslinjene sier noe om hva psykologer er enig om å forplikte seg til "å stå for": "Det er et grunnprinsipp at ethvert menneske har krav på respekt for personlig integritet og beskyttelse mot inngripen i denne." Og de mer detaljerte bestemmelsene presiserer og eksemplifiserer hva profesjonen legger i disse mangetydige begrepene: "respekt", "integritet", "beskyttelse", "inngripen". Nå kan ikke presiseringene forebygge at normene får ikke-tilsiktete konsekvenser. Et vanlig brukt eksempel knytter seg til normene om taushetsrett og taushetsplikt. Vi kan sette det litt demagogisk på spissen og spørre: Mener psykologene selv at f.eks. det å trenge psykologhjelp er så skammelig at det må hemmeligholdes?

Men uansett slike komplikasjoner, så tror jeg nok at en grundig fordykelse i de faglig-etiske retningslinjene både bør og kan gi et ganske rikt bilde av det normative innholdet i den profesjonelle identitet, eller for å si det på en annen måte: av innenfor hvilke grenser psykologer anser verdinøytraliteten å være en verdi.

Spørsmålet om hva identiteten som psykolog innebærer, har imidlertid også - selvsagt - mer individuelle og personlige aspekter. Det er avhengig bl.a. av hva for ubevisste drivkrefter som i sin tid fikk oss til å velge akkurat dette faget, hva for behovstilfredsstillelse som knytter seg til hvert vårt valg av arbeidsområde. Om vi igjen

tar taushetsnormen som eksempel, så er det klart at det innenfor den profesjonelle psykologrolle er rom for mange ulike måter å praktisere denne normen på. Hvis jeg, f.eks., er en person med sterke ekshibisjonistiske behov, så vil taushetsplikten formodentlig representere en helt annen type utfordring enn den gjør dersom voyeuristiske behov er fremtredende, eller om jeg finner tilfredsstillelse i den maktposisjon jeg kan få ved å sitte på informasjonen.

I denne forbindelse kan jeg vel også peke på muligheten av at selve valget av psykologi som studium og yrke, i enkelte tilfelle - kanskje ikke så helt sjelden - kan være uttrykk for en søken etter identitet. Det skulle vel være merkelig om ikke psykologien hadde en spesiell tiltrekning på meg, dersom det er slik at jeg leter etter en selvoppfatning, søker holdepunkter for hva slags følelser og impulser jeg skal godta hos meg selv, opplever uklarhet m.h.t. hvilke verdier jeg skal bekjenne meg til. Og undertiden vil dette innebære at det blir meningsløst å prøve å skjelne mellom profesjonell og privat/personlig identitet: Man er alltid psykolog dersom det er den ene klare identiteten man har funnet.

#### Grensene mellom det private og det profesjonelle

Uansett hvordan vi måtte ha løst våre eventuelle personlige identitetsproblemer, så opplever vi vel alle dette til en viss grad: Det blir på en måte kunstig å spørre "når er jeg psykolog og når ikke?" Betydningen av det kan kanskje variere noe etter den formen for praksis man er engasjert i. Men er det slik at man i sitt daglige yrke arbeider bl.a. med det fenomen at mennesker søker å manipulere omgivelsene ved å skape skyldfølelse, så er det ikke bare å trekke en privat lue ned over øynene kl. 16 og ikke se at dette foregår også der man ferdes etter dette klokkeslett.

De faglig-etiske retningslinjene berører også dette problemområdet, muligheten for grenseoverskridelser fra den profesjonelle til den private sfære, i bl.a. disse formuleringene:

"Psykologen skal iaktta at psykologiske metoder og hjelpemidler ikke anvendes uten at det er opprettet en yrkesmessig relasjon".

"Psykologen skal unngå at eget fortrinn i psykologisk viten misbrukes i privat omgang."

Et nøkkelord her er selvsagt ordet "misbruke". Men hva som er å bruke og hva som er å misbruke - det må man først og fremst gjøre opp med seg selv. For øvrig så kan vi vel spørre hvilket problem som er vanligst: det at vi psykologer misbraker vår faglige viten i privatlivet, eller det at vi ikke klarer å bruke den. Mange av dere kjenner vel den yrkesvitsen som med krav på sannhet siterer en av våre kolleger; han skal ha sagt: "Jeg gir min sønn en gammeldags autoritær oppdragelse, og så vil jeg heller spandere terapi på ham når han blir stor."

Jeg nevnte i sted også den grenseoverskridelse som går fra den private til den yrkesmessige sfære. Også her er jo grensen vanskelig å kartlegge - jeg har selvsagt mitt private "selv" med meg inn i yrkes-situasjonen. Men uten betydning er det ikke under hvilke omstendigheter og i hvilke former det er profesjonelt legitimt å skaffe seg personlige gratifikasjoner gjennom den yrkesmessige relasjon. Også her gir de faglig-etiske retningslinjene visse markeringer for grenseoppgangen. Jeg har allerede nevnt påbudet om å bestrebe seg på å ikke påvirke klienten med private normer eller privat ideologi.

Andre eksempler overlater jeg til dere å finne selv, for nå begynner det å bli mer enn nok av etikken. Man kan stirre så dypt i de faglig-etiske retningslinjene også, at man i stedet for å se levende mennesker bare aner nonner og munkes som skyggeaktig beveger seg omkring i den profesjonelle psykologiske klosterhave. Det blir så vi kunne ønsket oss en tilleggsbestemmelse, et nytt hovedpåbud som lød slik: "Det påhviler psykologen en plikt til å sørge for at den yrkesmessige situasjon til enhver tid gir psykologen det maksimum av personlig tilfredsstillelse som kan oppnås uten at dette skjer på klientens bekostning eller forringer kvaliteten av det faglige arbeid."

For vel er det nyttig å se farene ved en for sterk personlig utvanning av den profesjonelle identitet, men nyttig kan det også være å se farene ved at puritanistiske holdninger hemmer den personlige utfoldelsen i den profesjonelle rollen - og for den saks skyld kan svekke den faglige kvalitet av arbeidet og gå ut over vår klient på forskjellig vis.

#### Er psykologen lojal overfor arbeidsgiver, oppdragsgiver eller klient?

Jeg har nå tatt frem noen fragmenter av de komplekse, intrapsyriske fenomener som knyttet seg til den profesjonelle rollen og har stort sett betraktet den yrkesutøvende psykolog i forhold til seg selv, relativt uavhengig av arbeidssituasjon og klientrelasjoner.

Når jeg nå skal gå videre med å ta også psykologens yrkesomgivelser i øyesyn, så vil jeg avlegge de faglig-etiske retningslinjene en siste visitt: ikke for å få flere påbud og forbud med på veien, men for å hente litt forståelse for at det neimen ikke er så greit, alltid. Jeg sikter til de tilleggsformuleringene som ble vedtatt for syv år siden, og som vel forteller noe om erkjennelser som da var kommet til etter 1959, da det opprinnelige regelverket ble vedtatt. Dengang sto det i innledningen slik om klientinstansen, objektet for yrkeshandlingen, betegnet med symbolet "0": "...Med "0" siktes først og fremst til det enkelte individ - definert som enhver enkeltperson som psykologen får å gjøre med i egenskap av fagpsykolog." Tillegget fra 1972 lyder slik: "I praksis vil det ofte forekomme at mer enn en "0" omfattes av den opprettede yrkesmessige relasjon."

Og i et senere kapittel fikk vi følgende tillegg: "Når det gjelder arbeidssituasjonen, kan spesielle problemer oppstå der hvor yrkesutøvelsen samtidig omfatter flere instanser (grupper og/eller enkeltindivider) som har innbyrdes ulike interesser. En annen type komplikasjoner kan oppstå der hvor yrkeshandlingen på avgjørende måte kan berøre også andre enn den/dem som inngår direkte i den yrkesmessige relasjon... Faglig-etiske problemer i slike situasjoner kan selvsagt ikke løses bare gjennom bestemmelser og regler. Som prinsipp bør imidlertid gjelde at yrkessituasjonen må innebære muligheten for å ta forsvarlig hensyn til de berørte instanser. Hvis slike hensyn viser seg ikke å kunne ivaretas tilstrekkelig, bør psykologen frasi seg oppdraget...."

Et eksempel på en slik kompleks yrkessituasjon som det her hentydes til, kan være situasjonen for en psykolog som er ansatt i et konsulentfirma, og som har i oppdrag å gjennomføre sensitivitetstrening på en gruppe ansatte i en bedrift hvis ledelse har tatt kontakt med konsulentfirmaet. Her har man en arbeidsgiver, en oppdragsgiver, og direkte yrkesrelasjon til en tredje instans som består av flere enkeltindivider.

Et annet eksempel kan være situasjonen for en forskningsassistent som er med på et prosjekt til kartlegging av folks holdninger til psykiatriske pasienter, og hvis bidrag til datainnsamlingen er at han virrer rundt på Majorstuen og spør folk hvordan han skal finne veien til Gaustad, mens en skjult båndopptager registrerer hva for slags svar han får. Her har psykologen en oppdragsgiver, så har han tilfeldige objekter for yrkesutøvelsen som aldri får vite at de har deltatt i en psykologisk yrkesrelasjon. Og så bør vi kanskje også tenke på ytterligere en relevant part, nemlig psykiatriske pasienter - for så vidt som det kan være mulig at forskeren ikke bare registrerer, men gjennom sin atferd også influerer på, holdningen til denne gruppe mennesker.

De som er med på denne konferansen kjenner sikkert av egen erfaring tilsvarende, komplekse yrkessituasjoner og har opplevd hvor vanskelig det kan være å ivareta de kryssende etiske og faglige hensyn på en profesjonell måte.

Dette er én synsvinkel å beskrive kompleksiteten fra - å vise at arbeidsgiver, oppdragsgiver og klient kan være ulike instanser med mulige interessekonflikter.

### Rollekonflikter

En annen side ved kompleksiteten ligger i det forhold at psykologens yrkesrolle - i likhet med mange andre profesjonelles - er sammensatt av flere roller. Sammen med identiteten som psykolog har man identi-



teten som byråkrat eller medlem av behandlingsteam eller forsker, universitetslærer osv. Jo mindre klart og sterkt identiteten som psykolog oppleves, desto mer av en lettelse kan man finne ved å forsøke tyngdepunktet over i en av de andre, mer etablerte identiteter som står til disposisjon i den komplekse situasjon. Og dette kan ofte være identiteter som vi delar med andre yrkesgrupper - i mange tilfelle med yrkesgrupper som a priori opplever en sterkere profesjonell eienomsrett til disse identitetene enn psykologen gjør. Særlig tydelig blir det når det dreier seg om veletablerte konstellasjoner av typen: legen og helsestellet; pedagogen og undervisningsvesenet; offiseren og forsvaret; juristen og rettsvesenet.

Hele veien her har psykologen banket på dørrer, eller smettet inn uten å banke på, men også blitt invitert og hentet inn. Og nesten hele veien vil det være psykologens problem å få levert det som måtte være hans unike faglige bidrag uten å havne i den ene eller den annen grøft: Den ene havner man i ved å overidentifisere seg med vertskapet eller byråkratiet med tilsvarende profesjonell kapitulasjon, og med fare for etter hvert å bli mer katolsk enn paven, mer latinsk i sin munn enn noen medisiner i mils omkrets.

Den annen grøft er der hvor man får rollen som profesjonell Besserwisser, anklager og bebreider - han som gjennom det han gjør uttrykker hva andre burde ha gjort. Dette er en rolle man kan bli tildelt selv om man bestreber seg på å unngå den. Men det kan også bli en rolle psykologen aktivt etablerer, enten det nå kommer av at man er en som trives best i den bebreidende posisjon, eller det skyldes at man kommer opp i forhold som er så håpløse at man ikke synes man har noe valg.

Det er helt fint å peke ut nye veier, men som hovedinnslag i en profesjonell identitet er den bebreidende posisjon lite tjenlig.

Psykologens og den anvendte psykologis plass i det totale bilde av yrkesutøvere og institusjoner er av en slik art at jeg tror svært mange av oss har opplevd veien mellom disse to grøfter som ganske smal - der hvor psykologen representerer det han vet og kan best og representerer det på en slik måte at det skaper rimelig respekt og takknemlighet heller enn skamfølelse, dårlig samvittighet eller takknemlighetsgjeld.

### Selvstendig praktiserende psykolog

La oss så se på noe som kunne være motstykket til slike komplekse profesjonelle posisjoner som jeg nå har holdt meg til. Det måtte være posisjonen som selvstendig og alene-praktiserende psykolog, der man er uten over-, side- og underordnede, uten automatisk å være avhengig av synderlig samarbeid med naboprofesjoner, og for å forenkle det maksimalt med én klient ad gangen som samtidig er ens oppdragsgiver.

Som profesjonell rolle gir dette en ganske klar identitet, både i omgivelsenes og egen opplevelse. Man er ikke gjest, inntrenger eller Besserwisser i andres hus - det er psykologen "chez soi". Det eneste som behøver å gjøre rollen noe blandet, er at man samtidig er i rollen som såkalt "fri yrkesutøver".

I en oversikt fra 1976 over de foreninger i Akademikernes Fellesorganisasjon hvor det finnes frie yrkesutøvere, er der nevnt: Advokatforeningen, Lægeforeningen, Tannlegeforeningen, Veterinærforeningen, Apotekerforeningen, Arkitektforbundet og Sivilingeniørforeningen - ikke Norsk Psykologforening. Og det er da heller ikke en særlig vanlig yrkesrolle for psykologer. Men noen er det. Pr. 1. januar i år (1979) var registrert 30 i heltids og 5 i halvtids selvstendig praksis. Dette utgjør bare ca. 3% av antall godkjente psykologer, men dog 10% av spesialister i klinisk psykologi. Til sammenligning kan jeg nevne at andelen privatpraktiserende tannleger i 1976 var 47%, arkitekter 42%, veterinærer 25% og leger 22%.

La meg først fortelle litt mer om denne gruppen selvstendig praktiserende psykologer. Av svarene på et spørreskjema i fjor fremgår bl.a.: Spredningen i samlet ansiennitet etter universitetseksamen går fra 6 til 25 år. Bare 2 personer har under 10 års yrkeserfaring. Gjennomsnittlig ansettelsestid i helseinstitusjon før privatpraksis er 10 år. Gjennomsnittstid i praksis er 5-6 år. Samtlige har gjennomgått utdannelse utover det kliniske spesialistreglementets krav, og de fleste har hatt psykoterapeutisk egenbehandling samt supervisjon utover kravene til spesialistgodkjenning. De gjennomsnittlige utgiftene for tilleggsutdanning utover spesialistkravene er 138.000 kroner. Samtlige fyller mer enn kravene til kompetanse for stilling som sjefpsykolog (l.tr. 27).

Tradisjonelt regner man med at det er visse fordeler forbundet ved såkalt frie eller liberale yrker. Det har vært anført slikt som

- a) gode inntektsmuligheter når markedsforholdene og yrkesutøverens personlige kompetanse tilsier det
- b) frihet til selv å regulere arbeidsforhold, arbeidstid, ferier osv.
- c) at det er forbundet en viss høystatus ved posisjonen
- d) at den gir muligheter for autonomt og spesielt faglig interessant arbeid.

Når det gjelder økonomien mer konkret, kan jeg i parentes nevne at det er foretatt beregninger av hvilken timesats en selvstendig praktiserende psykolog måtte ha for å få arbeidsforhold og nettoinntekt tilsvarende l.tr. 27. Man kommer da frem til en timesats som ligger ca. 60% over den nåværende refusjonstakst (150 kroner). Nå er det neppe en erkjennelse av de lite lukrative økonomiske forhold som avholder psykologer fra å etablere seg i selvstendig praksis. Dette vet jeg ikke, men mitt inntrykk fra samtaler med studenter og ansatte

psykologer er at mange tvert om forestiller seg at selvstendig praksis er spesielt lukrativt. Dette avspeiler seg kanskje også i enkelte psykologers bruk av ordet "stykkpris" på psykologens inntekt via takstene for refusjon fra folketrygden. Det gir assosiasjoner i retning av akademisk akkordarbeid, av muligheten for å øke inntekten ved å øke en eller annen form for effektivitet. Teoretisk er det vel tenkelig at en psykolog som driver mye med testing i sin praksis kunne tjene litt ekstra ved å slurve fra seg omfattende personlighetsundersøkelser på kortere tid enn forutsatt. Men ser vi bort fra slike muligheter for uetisk yrkesvirksomhet, er realiteten den at den selvstendig praktiserende psykolog er timelønnet løsarbeider.

Et annet - og jeg tror for mange skremmende - problem er spørsmålet om økonomisk trygghet. Her kan man selvsagt ordne seg med private forsikringer, og den nye sykepengeordningen representerer jo også en ny sikkerhet. Men jeg kan minne om at man som selvstendig næringsdrivende er dekket bare med 65% av inntektsgrunnlaget og det først fra 15. dag. Heldigvis omfattes også privatpraktiserende psykologers organisme av den alminnelige menneskelige tilpasningsevne, - således at f.eks. våre mer banale forkjølelser og fordøyelsessykdommer stort sett melder seg i løpet av fredagen og går over natt til mandag. Her støtter jeg meg til både egne og kollegers erfaringer.

Den andre presumptive fordelene ved selvstendig praksis er at man står friere enn den ansatte m.h.t. hvorledes man innretter sin arbeidstid, arbeidsdag, -uke, -år.

Man skal ikke ha vært lenge i psykologisk privatpraksis før man opplever at denne frihet er sterkt begrenset. Det kan være slik at man må tilpasse sin timeplan etter klienten, som er bundet av sin timeplan. Ukeplanen kan man også være bundet av. F.eks. er det mange seminarer og andre ting jeg ikke synes jeg kan delta i, ikke bare fordi jeg taper inntekt, men også fordi slikt ofte holdes på torsdager og særlig fredager. Det vil si at mitt fravær rammer de samme pasientene og supervisandene hver gang.

I innretningen av arbeidsåret kan friheten avhenge noe av hva slags klienter man arbeider med. På den ene side er det slik at man av hensyn til egen mentalhygiene bør ta relativt lange ferier, på den annen side forutsetter dette at man ikke har for sterkt innslag av f.eks. "borderline"-pasienter for hvem lange avbrudd kan virke direkte destruktivt. Og når det gjelder friheten på enda lengre sikt enn det enkelte arbeidsår, så er det i hvert fall for den som arbeider med langtidsbehandling slik at det å ta en ny pasient innebærer en forpliktelse for kanskje 2-3-4 år frem i tiden. Skal man spandere på seg 1/2 års permisjon for studier eller forskning, så må man begynne nedtrappingen flere år i forveien.

Så nevnte jeg status som en mulig fordel ved å være fri yrkesutøver. Til det er vel å si at for det første kan det variere en del hvorvidt man opplever en eventuell slik statushøyning som noen særlig viktig verdi. For det andre er det tvilsomt om posisjonen som selvstendig praktiserende psykolog gir noen synderlig status, sammenlignet med andre psykologroller. Personlig har jeg ikke sjelden fått inntrykk av det motsatte. Det er når jeg hos andre psykologer møter bildet av den selvstendig praktiserende psykolog som en privatkapitalistisk utbytter med tendenser til privatisering av samfunnsproblemer, manglende erkjennelse av familiens og nettverksgruppens betydning for folk, og i det hele med nokså sløv sosial bevissthet. Det korresponderende billede av min klient er den hjemmeværende høystatushustru som lider av spleen.

Men så var det da selve de kvalitative sidene ved arbeidet som verdi. Og her er det vi finner forklaringen på at det i det hele tatt er noen psykologer som arbeider i selvstendig praksis.

Visse forutsetninger må være til stede:

- Faglig erfaring av en art og et omfang som gjør at det ikke blir for ubekvent å sitte alene med det faglige ansvar for sin yrkesutøvelse,
- at man tvert imot kanskje trives med å ha faglig ansvar,
- at man enten liker å arbeide i en ensom posisjon, eller at man har sørget for å motvirke ensomheten gjennom forskjellige former for kollegiale kontakter. For min egen del holder jeg til i samme hus som fem andre privatpraktiserende, vi har daglig lunsj sammen og en times kollokvium i uken. Dessuten driver jeg med undervisning og treffer kolleger i komitearbeid og lignende. Det er for meg fullt tilstrekkelig til at jeg på ingen måte føler ensomheten i selve arbeidet som noen belastning.

Tvert imot har jeg etter hvert stadig sterkere opplevet akkurat det samme som Trygve Braatøy beskrev, at det er et privilegium å slippe å bruke min arbeidstid på morgenmøter, diagnosemøter, litteraturmøter, personalmøter, etter-fellesmøte-møter, gruppesupervisjonsmøter.

Det ble nevnt igår at yrkesutøvelsen i selvstendig praksis preges av en ganske svær arbeidsintensitet. Ja: på godt og ondt. Det er lite eller intet av halv-kvalifisert arbeid og rent rutinearbeid å slappe av i, i motsetning til de aller fleste jobber og for så vidt også i motsetning til hva vi som psykologer vet bør kjennetegne menneskers arbeidssituasjon. - Derfor de lange ferier. Og når livets tilskikkelser skaper kriser og bekymringer av en slik rekkevidde at du ikke kan koble det ut og gi klienten full oppmerksomhet, så har du ikke annet å gjøre enn å stenge din praksis til det er over. Det finnes ikke noen arbeidsoperasjoner du kan bruke som avkopling.

Dette er baksiden av medaljen. Men forsiden er allikevel meget viktigere: opplevelsen av time etter time, dag etter dag å prøve å arbeide på toppen av din kapasitet, og med det du synes er spennende, interessant, utfordrende - og profesjonelt.

Jeg stillet en forenklet modell av denne yrkesrollen opp som motsetning til de komplekse yrkesrollene, med én klient ad gangen som samtidig er oppdragsgiver. Det betyr ikke at ikke også denne arbeidssituasjonen berikes av kompleksitet.

La oss ta en ting som frivillighetsprinsippet. Man kan nok slippe institusjonsansatte psykologers konflikter omkring behandling av tvangsinnlagte pasienter. Men hva når man blir oppsøkt av en som kommer fordi ektefellen har truet med skilsmisse hvis vedkommende ikke søker psykolog? Eller hva når en psykiater søker meg fordi han gjerne vil oppnå den spesielle status som nå heter "Veileder i psykoterapi", og da kreves minst 200 timers såkalt egenbehandling. Hva er frivillighet?

Eller la oss ta dette med flere instanser med mulig motstridende interesser. Du unngår ikke problemet. Selv om du har direkte relasjoner bare til den ene klient og ikke driver f.eks. familieterapi, så er det klart at du opplever ganske mye av et ansvar også for primærklientens nærmeste familie, og for de konsekvenser din yrkesvirksomhet har for dem.

Og om vi nå snevrer enda mer inn og ser utelukkende på klienten som oppdragsgiver, så kan fortsatt spørsmål stå åpent om hva oppdraget egentlig går ut på. Ofte kan man oppleve at klienten synes det er vanskelig å formulere sitt oppdrag. Stundom kan man få holdepunkter for å anta at man nok kan yte noe av verdi for klienten, men at dette vil vise seg å være noe annet enn det klienten bevisst oppfatter som sitt oppdrag. Og ikke sjelden vil man jo også oppleve at klienter med spesielle autoritets- eller avhengighetsproblemer helt mister opplevelsen av seg selv som oppdragsgiver, slik at det blir du som må ivareta dette aspekt av relasjonen både på egne og klientens vegne.

I dette presumptivt enkle to-persons samarbeid kan man også oppleve fenomener som minner om de jeg nevnte i forbindelse med samarbeidet med andre profesjonelle. Både Besserwisserproblemet: med psykologen som den som egentlig vet best hvordan klienten bør innrette sitt eget liv (for ikke å snakke om hvorledes klientens foreldre burde ha oppført seg), og den andre grøften: risikoen for å overidentifisere seg med klienten. Det siste har man riktignok muligheten for å rasjonalisere til en dyd og innbille seg at det er det som er "å arbeide på klientens premisser", men det er ingen god løsning.

## Fordeler og ulemper ved selvstendig praksis som psykolog

Blant noen skisser jeg fikk fra seminararrangørene til temaer som kunne høre hjemme i mitt innlegg, var også formuleringen: "Fordeler og ulemper ved selvstendig praksis." Dette er et spørsmål som umiddelbart fører til et motspørsmål: fordeler og ulemper for hvem?

De momentene jeg nå har nevnt, gjelder først og fremst psykologen selv. Og min konklusjon i den forbindelse må bli noe sånt som at det forekommer en del profesjonelle psykologer med en slik konstellasjon av interesser og ferdigheter at fordelene ved å preferere selvstendig praksis er betydelig større enn ulempene.

Jeg er videre av den oppfatning at andre enn disse psykologene selv ville lide ved det, hvis denne form for profesjonell yrkesutøvelse skulle falle bort. Fra samfunnets synsvinkel vil kanskje først og fremst telle at selvstendig praktiserende psykologer som helhet utgjør en uhyre effektiv og økonomisk billig arbeidskraft, der et minimum av tid og penger brukes til overhead og administrasjon. Dette gjelder selv om vi sammenligner med polikliniske institusjoner.

For profesjonen selv tror jeg også det må være gunstig at det finnes en slik gruppe kolleger, med den mulighet for intensiv fordypelse i enkelte aspekter av utøvende psykologi og den frihet fra systemidentifisering som selvstendig praksis kan gi anledning til. Blant annet tror jeg den form for supervisjon man kan få hos en kollega uten institusjonstilknytning kan være et nyttig supplement til den interne supervisjon. Jeg tror også det er bra for profesjonen at den har yrkesutøvere som ikke har den konsulentposisjon overfor andre profesjoner, som så ofte inngår i psykologenes yrkesroller.

Hvis vi skal se på spørsmålet ut fra klientens interesser, så er det igjen på den kliniske sektor mest nærliggende å sammenligne med det alternative tilbud fra fullt utbygde polikliniske institusjoner - som vi jo ennå slett ikke har. Det er ikke tvil om at behandlingskontakt ved en poliklinikk i mange tilfelle vil kunne ha fordeler fremfor å gå til en selvstendig praktiserende psykolog. Men ikke alltid. Det kan være noe med atmosfæren som helt fra starten av innebæres av at man oppsøker en konkret, navngitt person. Det kan være at klienten selv arbeider innenfor eller i nærheten av faget, og av den grunn vil finne det vanskelig å oppsøke en institusjon. Det er jo en ganske stor andel av våre klienter som er kolleger eller kollegers ektefeller, leger, sosionomer, sykepleiere, arbeidsterapeuter osv.

Uansett dette, så har videre klienten hos den selvstendig praktiserende en mulighet for stabilitet og kontinuitet i kontakten over tid, som ingen institusjon kan tilby. En institusjon betyr stillinger,

stillinger betyr avansementer eller andre former for mobilitet, - mens en selvstendig praktiserende i regelen vil være der og finne tid til deg igjen så lenge han overlever.

Til slutt: Den oppmerksomme tilhører vil ha lagt merke til at jeg for det meste har brukt betegnelsen "selvstendig praktiserende" og ikke "privatpraktiserende". Det uttrykker muligens en fordom hos meg selv. Jeg liker ikke å kalle det vi driver med for "privatpraksis". Muligens ville jeg funnet det i hvert fall mer adekvat hvis ikke den økonomiske realiteten var som jeg nevnte: at vi er timebetalt av Rikstrygdeverket. Formelt er det riktignok så at det er klienten som betaler mitt honorar og klienten som har krav på å få dette refundert av Folketrygden. Men det er ikke slik det reelt oppleves. Og refusjonsordningen har andre konsekvenser enn den at pasienten slipper å betale noe selv. Det offentlige kommer inn i bildet som noe som ligner mer og mer på oppdragsgiver. Du skal søke om refusjon for psykoterapi for hver enkelt pasient, maksimum 40 timer ad gangen. Og det er psykologen, ikke klienten, som skal søke. Du skal grunngi søknaden og helst si noe om hvor lang tid behandlingen anslås å ta.

Dette er trekk i utviklingen som etter hvert gjør det lite naturlig å bruke betegnelsen "privat", - og det samme kan det være med det - men det er samtidig trekk i utviklingen som kanskje gjør det tilsvarende viktig å understreke betegnelsen "selvstendig".

## DEBATT

Bjørn Christiansen:

Det er ett spørsmål jeg sitter med etter å ha hørt P.A. Holters interessante og velkomponerte foredrag. Foreligger det noen økt interesse blant norske psykologer i retning av privat praksis? Er det tegn i tiden som viser en økt interesse for å få opplysninger om selvstendige psykologers lønns- og arbeidsforhold? Er det noen vekst i gruppen av selvstendige psykologer i Norge?

Når jeg stiller dette spørsmål er det fordi vi i Norge i svært mange henseende blir påvirket av utviklingstendenser i utlandet. Det er en god del som tyder på at gruppen av selvstendig arbeidende psykologer har gått raskt opp, både absolutt og relativt, i en rekke andre land. I USA skal gruppen av selvstendige psykologer ha steget fra ca 6% til nærmere det dobbelte i løpet av en 10-års periode. Også for Sverige, Sveits, Vest-Tyskland og andre land, har jeg hørt om en betydelig økning i tallet på selvstendig-praktiserende psykologer.

Jeg har for øvrig i den senere tid kommet over et par bøker - amerikanske - som gir råd og rettleiding om hvorledes psykologer bør gå fram og hvorledes de bør "te seg", hvis de skulle ønske å starte sin egen praksis, enten alene eller i en gruppe sammen med andre. Dette er en utvikling av forholdsvis ny dato, og som synes å spre seg med stor kraft fra land til land. En faktor som sikkert kan være medvirkende til utviklingen, er den tilnærmede stillingsstopp man mange steder finner innenfor den offentlige sektor, og spesielt den reduserte utbygningstakt innenfor helsesektoren.

Mitt spørsmål er dette: Er det noe som tyder på at disse nye tendenser i tiden også har begynt å gjøre seg gjeldende i vårt eget land?

Peter Andreas Holter:

Jeg vet ikke noe konkret om det. Hvis man tar utgangspunkt i utbetalingene fra folketrygden, forteller det noe om omfanget av selvstendig praksis - men ikke nødvendigvis i rollen som fulltids selvstendig praktiserende. Der har det over år vært en viss økning. Jeg tror det ifjor var ca 7 millioner kroner som ble refundert til pasienter som hadde en form for kontakt med psykologer. Men det behøver ikke bety at det er noen stigende kurve når det gjelder tendensen til slik etablering av selvstendig praksis.



## Leif Braaten:

Jeg vil først si at dette foredraget var veldig verdifullt og hadde et budskap om nettopp kompleksiteten av de faglig-etiske dilemmaene. Jeg er veldig på linje med P.A. Holter her og er uenig med dem som hevder at i vårt fag har vi noen etiske problemer, som det finnes løsninger på. Det er en myte som du nå har vært med på å torpedere. Jeg mener vi må lære å leve med disse faglig-etiske dilemmaene fordi de ikke har enkle, greie løsninger. Vi er ofte i dissonans, i en spenningstilstand mellom alternative muligheter. Den belastningen må vi leve med uten å gå under i skyldfølelse og masochisme.

Jeg har fra min posisjon på Blindern som terapeutisk psykolog for studentene nylig stilt meg spørsmålet om hvilke etiske dilemmaer vi der har. Noen av våre dilemmaer er de samme som du har omtalt, men det er enkelte som kommer i tillegg ut fra en posisjon ved en psykologisk/psykiatrisk helsetjeneste innenfor et større sosialt system som Universitetet. Rent hypotetisk kan man tenke seg en lojalitetskonflikt mellom Universitetet og den enkelte klient. Psykologen vil da nesten alltid stå på klientens side. Et annet dilemma er: Hvem skal få behandling? Det enkleste svaret er selvfølgelig at de får behandling som kommer og ber om det. Men etter mitt skipperskjønn finnes det flere tusen studenter som i og for seg er like hjelpetrengende som våre klienter, men som ikke kommer til behandling. Hvis vi opplever et ansvar for det potensielle klientel mer som helhet, hvordan takler vi det ansvaret? Man kan føle at slike klienter som kommer til langtidsbehandling hos en selvstendig praktiserende kollega som P.A. Holter, får en eksklusiv behandling. Klientene trenger den jo, så den er ikke eksklusiv for dem. Men det er ikke noe enkelt problem med "rekrutteringen" til psykologisk behandling når vi ser på hvilke litt primitive måter vi får tak i klientene på.

Et annet dilemma som vi opplever veldig sterkt er: Hvor mye behandling er rimelig? Er det 30 timer eller er det 50? Må det være 500 timer eller mer for å kalles en skikkelig psykoanalytisk behandling? Enda et dilemma er hva jeg kaller den optimale bevisstgjørelse. Hvordan finner man balansegangen mellom en viss "provokasjon" slik at man får gjort noe skikkelig arbeid, og å være så forsiktig at man ikke kommer noen vei i det hele tatt? P.A. Holter var inne på målsetningsdilemmaet. En dimensjon av dette er motsetningen mellom "sosial innordning" og hva jeg kaller "skapende opprør". Endelig vil jeg ta opp spørsmålet: Hvordan skal man forholde seg til at det ene av to intime partnere kommer til behandling alene? Terapeuten må leve med den viten at terapien for den enkelte - i alle fall i en lengre periode - kan være en voldsom belastning for partnerskapet, av og til i den grad at det faktisk ryker. Man kan lure på om det kan være tilfeller hvor man kanskje burde prioritere partnerskapet i stedet for den enkelte klient.

Jeg oppfordrer til en økt interesse og sans for disse etisk-faglige dilemmaene blant kolleger. Jeg tror det er veldig viktig at vi tar dem opp og bevisstgjør dem, men vi må da allikevel klare å leve med dem så godt vi kan. Som konklusjon er jeg enig i P.A. Holters korrektiv til all surmulingen om belastningene ved å være psykoterapeut, nemlig at vi må utvikle en terapeutrolle som vi kan leve med. La oss derfor kultivere en terapeutrolle som er slik at vi får maksimum av tilfredsstillelse ut av den, uten at klienten lider og uten at den faglige kvaliteten av vårt kliniske arbeid senkes. Vi trenger en eller annen form for menneskelig-gjøring av det terapeutiske drama som medfører at vi i løpet av en livskarriere gjør en bedre jobb.

### Halvor Kjølstad:

Som yngre kollega vil jeg takke P.A. Holter for et inspirerende og nyttig foredrag. Jeg har flere ganger disse dagene følt at debatten har hatt et svært akademisk preg. Jeg har lurt på hva NAVF-folket egentlig har fått av utbytte om hva psykologer stiller med og hva de egentlig står for. Ditt foredrag har i høy grad bidratt til å sette en del "kjøtt og blod" på hva vi driver med, og ikke minst hva vi sliter med av problemer. Til Bjørn Christiansens spørsmål om interesse for privatpraksis: Det er vel riktig at det har ikke vært noen slik "boom" ennå, men jeg tror at i hvert fall blant det sjikt jeg selv tilhører, folk som har omtrent 5-10 års praksis, så er det en økende interesse for privatpraksis.

### Nils Petter Marstrander:

Jeg synes din beskrivelse av selvstendige psykologers arbeidssituasjon passer helt utmerket også for meg og endel av mine kollegers situasjon. En spesiell påkjenning er den mistenkeliggjøring som jeg føler i ganske sterk grad fra den offentlige sektor - særlig fra skolen og i noen grad fra helsesektoren - når vi forsøker å gjøre oss gjeldende. Det kunne vært interessant å få tatt opp dette, kanskje sammen med Psykologforeningen for å få en mulig avklaring om hvordan vi arbeider - slik at vi kunne få presentert oss på en mer "respektabel" måte.

En annen ting som jeg har vært opptatt av, er at vi idag konkurrerer på sett og vis med offentlige ansatte psykologer som i arbeidstiden kan påta seg lignende oppdrag som oss og med våre honorarsatser som "veiledende". Jeg vet ikke om dette er et kollegialt-etisk problem som hører hjemme i Foreningen, men vi føler i hvert fall at det nærmer seg utilbørlig konkurranse.

Jan Smedslund:

Jeg synes, P.A. Holter, at du har pekt på at det er veldig komplekse problemer å forholde seg fagetisk til i psykologien. Jeg vil allikevel peke på at en del av de dilemmaene du skisserte er faglige dilemmaer og ikke fagetiske dilemmaer. I de fagetiske dilemmaene synes jeg ikke du skjelnet klart nok mellom det formelle og det psykologiske. En ting er at man handler på en bestemt måte ut fra sadistiske eller masochistiske motiver og at dette kan forstyrre behandlingen. En annen ting er å handle fagetisk korrekt eller ikke. Disse to aspektene kan skilles. Jeg legger stor vekt på at psykologen i det minste må ha en klar sans for det formelle aspektet ved sin virksomhet.

Peter Andreas Holter:

Mitt sluttinnlegg skal begrense seg til å konstatere at hvis vi skulle kunne fjerne disse dilemmaene, som vi her har diskutert, så ville vi samtidig fjerne hele vår profesjonelle identitet.

## ØKONOMI OG PSYKOLOGI

Aina Uhde, Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen

### Har økonomi som fag relevans for psykologenes virksomhet?

Mange av dere har kanskje stilt seg nettopp dette spørsmålet ved gjennomlesning av programmet for denne konferansen. At svaret på spørsmålet må bli ja, håper jeg vil bli klargjort ved mitt foredrag.

De fleste av dere opplever sikkert daglig at dere må tilpasse dere til begrensede ressurser, enten begrensningene går på antall ansatte eller budsjetttrammer. De fleste har vel også en mer eller mindre klart spesifisert målsetting for sin virksomhet, et i en eller annen forstand best mulig resultat av sine behandlingsmetoder. Å studere hvordan man skal anvende (allokere) begrensede ressurser for å oppnå et best mulig resultat under ulike forhold, det er en av de problemstillinger som sosialøkonomien beskjeftiger seg med. Denne vitenskap har derfor relevans for all virksomhet, enten denne skjer utenfor eller innenfor arbeidslivet, enten den gjelder produksjon av varer eller tjenester; ja selv produksjon av slike tjenester som de fleste i denne forsamling bedriver.

### Helseøkonomi - et spesialområde innen sosialøkonomien

Leger har lenge vært interessert i anvendelse av økonomiske analyser på problemstillinger vi finner innenfor helsesektoren. I løpet av de siste ca. 20 år har det utviklet seg et spesialområde innen sosialøkonomien som går under betegnelsen helseøkonomi. Egentlig er ikke helseøkonomi noe eget spesialområde hva teori og metode angår. Det er her tale om å anvende økonomiske teorier og analysemetoder av meget generell karakter og med langt videre anvendelsesområde enn bare til helsesektoren. Når helseøkonomi likevel oppfattes som et spesialområde, skyldes det at virksomheten i helsesektoren har endel spesielle trekk som gjør at vanlige teoretiske slutninger ofte ikke er holdbare. For å arbeide med helseøkonomiske analyser er det derfor nødvendig å ha en bred oversikt over den eksisterende forskning på området og detaljerte kunnskaper om helsetjenestens organisasjon og finansiering. Derfor blir helseøkonomi idag betraktet som et spesialområde innen sosialøkonomien. Det er dessuten et spesialområde som er i sterk ekspansjon og det er idag veletablert ved de fleste anerkjente

universiteter i utlandet. I Norge er imidlertid oppbygningen av helseøkonomi ennå i sin begynnelse.

Hittil har helseøkonomi vært et felles interesseområde først og fremst for sosialøkonomer og leger. De fleste empiriske studier har tatt opp problemer knyttet til medisinsk virksomhet. Også i rent teoretiske analyser har det vært underforstått at analysene refererte seg til dette. Sett fra en økonoms synsvinkel er det imidlertid lite som skiller psykologenes virksomhet fra legenes virksomhet. Felles for disse er at de anvender ressurser i form av realkapital og høyt utdannet arbeidskraft for å bedre befolkningens helsetilstand og arbeidsevne. Derfor bør helseøkonomisk forskning og de problemstillinger som der reises, være like relevant for psykologi som for medisin. Skikkelig evaluering av psykologiske behandlingsopplegg må jo være like viktig som for medisinske, og i planleggingen av den fremtidige psykologtjeneste i vårt land bør helseøkonomiske problemstillinger stå like sentralt som når det gjelder den fremtidige medisinske helsetjeneste. Et eksempel på en problemstilling innen helseøkonomi kan være hvor mye ressurser som bør satses på preventiv i forhold til kurativ behandling.

#### Analysemetoder og databehov

En rekke analysemetoder innen sosialøkonomien kan finne sin anvendelse på problemer hentet fra helsesektoren. To metoder blir imidlertid oftest trukket frem som eksempler, og disse har også vært mest benyttet. I det følgende skal jeg konsentrere meg om disse og redegjøre for hva slags problemstillinger de kan anvendes på. På engelsk går disse metodene under betegnelsene "cost-effectiveness" analyse og "cost-benefit" analyse. På norsk har man innført betegnelsen kostnads-effektivitetsanalyse og kostnads-nytteanalyse. Dette er analysemetoder som er nyttige - jeg vil gjerne si nødvendige - for en samfunnsmessig planlegging og evaluering av ethvert prosjekt, også prosjekter innen helsesektoren (inkl. psykologiske).

Ofte benyttes betegnelsen programanalyser som en fellesbetegnelse for de to nevnte analysemetoder. Økonomer har anvendt slike analyser i mange år, fra før dette århundre. Områder hvor slike analyser har vært anvendt er f.eks. transport, vannkraftutbygging, forsvar, hygiene. Sammenliknet med mange andre land, har imidlertid slike samfunnsøkonomiske analyser for evaluering av offentlige prosjekter vært lite anvendt i Norge.

I 1972 fikk vi en utredning fra Finansdepartementet (NOU 1972:5) om "Utvikling og innføring av programbudsjettering i staten". Hensikten var å bygge opp et informasjonssystem som var tilrettelagt for planlegging og evaluering av statlig virksomhet. I tillegg til eksisterende budsjetter og regnskaper skal man sette opp budsjett og regnskap for de enkelte programmer. Et eksempel på et slikt program kan være program for psykisk utviklingshemmede. Et programregnskap bør gi oss følgende data, dersom

det skal være egnet som grunnlag for en senere programanalyse (dvs. evaluering):

1. hvilke persongrupper programmet tar sikte på å hjelpe
2. bruk av arbeidskraft og realkapital for gjennomføring av programmet
3. oppnådde resultater, f.eks. graden av bedring i psykisk helse

Dersom det eksisterer flere alternative metoder for gjennomføring av programmet, bør man ved forsøksvirksomhet finne ressursbehov og resultater for de ulike alternativene.

Igangsetting av prøveprosjekter innen de forskjellige områder for statlig virksomhet er både tidkrevende og ressurskrevende. Det samme er etterfølgende programanalyser for å evaluere prøveprosjektene. Finansdepartementet har derfor valgt å starte noe forsiktig, ved å sette igang prøveprosjekter på noen utvalgte områder. Det er imidlertid ikke realistisk å vente at staten i fremtiden skal ta tilstrekkelig med initiativ for å sette igang prøveprosjekter. Den enkelte helseinstitusjon eller den enkelte psykolog og lege kan selv ta initiativ til å samle data for sin virksomhet for senere å kunne foreta en programanalyse.

#### Problemstillinger i kostnads-effektivitetsanalyse og kostnads-nytteanalyse

Som nevnt brukes uttrykket programanalyse som en fellesbetegnelse for kostnads-effektivitetsanalyse og kostnads-nytteanalyse. Jeg skal nå gå litt nærmere inn på hva forskjellen i disse analyser består i. For å lette forståelsen skal jeg bruke psykologers virksomhet som eksempel, selv om det kanskje vil avsløre min dårlige innsikt i deres arbeidsmetoder.

La oss tenke oss at det finnes alternative måter å behandle en psykisk lidelse på. En økonom vil da naturlig stille spørsmålet: Dersom vi har en gitt økonomisk ramme, hvilken behandlingsmåte eller kombinasjon av ulike behandlingsmåter vil gi størst reduksjon i psykiske lidelser hos en bestemt pasientgruppe? En annen måte å stille problemet på er denne: Dersom vi tar sikte på en bestemt reduksjon i psykiske lidelser hos pasientgruppen, hvilken behandlingsmåte eller kombinasjon av ulike behandlingsmåter kan gjennomføres til lavest kostnad? Vi forutsetter at graden av psykiske lidelser kan måles ved en eller annen indikator. Begge de to problemstillinger fører fram til det behandlingsopplegg som representerer den mest effektive ressursanvendelse.

I disse problemstillinger har vi ikke fått svar på hvorvidt et behandlingsopplegg gir en effekt som er stor nok til at programmet er verd å

settes igang. Vi har bare fått svar på hvilket behandlingsopplegg som bør velges dersom vi bestemmer oss for å sette i gang programmet. Dette er eksempel på det som kalles kostnads-effektivitetsanalyse. Få vil vel ha særlige motforestillinger til slike analyser.

Dersom man ønsker å gå et skritt videre og vurdere hvorvidt programmet bør settes ut i livet, er det nødvendig å få uttrykt nytten av programmet i kronebeløp, slik at nytten av programmet kan sammenliknes med kostnadene. Da kommer vi til det som kalles "costbenefit"analyse eller kostnads-nytteanalyse. Jeg skal senere ta opp problemet med hvordan vi skal tallfeste kostnader og nytte, slik at vi får uttrykk for samfunnsmessige kostnader og nytte. Dette problemet vil jeg derfor foreløpig la i bero.

Siden vi i en kostnads-nytteanalyse får uttrykt kostnader og nytte i samme måleenhet, kan vi regne ut nettonytten eller nettokostnaden ved et program. En foreløpig regel bør da være at vi velger å sette igang programmet dersom nytten overstiger kostnaden. En slik regel må imidlertid modifiseres. Nyttens av behandlingsopplegg vil ofte ha mange komponenter. Pasienten kan kanskje utskrives fra et sykehus tidligere enn hva ellers vil være tilfelle, med derved sparte kostnader for sykehuset. Pasienten blir kanskje bedre istand til å delta i arbeidslivet, med derved høyere egen inntekt. Slike nytteeffekter kan måles i kroner. Men behandlingsopplegget vil kanskje også føre til at pasienten føler mindre angst. En slik positiv effekt kan man ikke på noen fornuftig måte måle i kroner. I tillegg til nytte-kostnadsanalysens beregninger hva angår de effekter som kan måles i kroner, må man huske å ta i betraktning de ikke-målbare effekter. Dette bør være en del av selve nytte-kostnadsanalysen.

Dersom de økonomiske beregninger i en nytte-kostnadsanalyse viser at kostnadene overstiger nytten, er dette altså ikke nødvendigvis et tilstrekkelig argument for at programmet bør avvises. Dersom programmet i tillegg gir positive effekter som ikke kan måles i kroner, kan disse være vesentlige nok til at vi ønsker å akseptere programmet. Analysen forteller oss i så fall hva det netto koster samfunnet å oppnå de økonomisk ikkemålbare effekter og inntektsomfordelingsvirkningen.

Fordelen ved at den økonomiske nettokostnad eller nettonytte, de økonomisk ikke-målbare effekter og omfordelingseffektene blir klarlagt hver for seg, er at de politiske beslutninger om eventuell igangsetting av programmet blir tatt på grunnlag av best mulig informasjon. Når informasjonen blir gitt politikerne på denne måte, tvinges politikerne til å foreta avveiningen mellom de ulike effekter på en mer eksplisitt måte enn hva som vanligvis skjer idag.

#### Måling av samfunnsøkonomisk kostnad og nytte

La meg så ta opp hva som skal oppfattes som kostnader i kostnadseffektivitetsanalyser og nytte-kostnadsanalyser, og dessuten hva som i sistnevnte

analyser skal oppfattes som økonomisk nytte. Det er viktig å merke seg at de kostnader som bør inngå er kostnader sett fra samfunnets side i form av bruk av arbeidskraft, realkapital og vareinnsats. Kostnadene er altså ikke definert ut fra hva som er kostnader sett fra statens, kommunens eller den enkelte helseinstitusjons synspunkt. Videre, som element i kostnadene inngår ikke endring i skatter, refusjoner, trygder og andre inntektsoverføringer som programmet medfører. Som kostnad regnes bare innsats av reelle ressurser. Herunder bør regnes tap av arbeidsinnsats for pasienten dersom behandling betinger arbeidsfravær.

Vanligvis vil kostnadene ved et program refererer seg til forskjellige tidsperioder. Totalkostnaden defineres da som den neddiskonterte verdi (nåverdien) av de fremtidige kostnader. Finansdepartementet har fastsatt diskonteringsrenten ved bruk i samfunnsøkonomiske kalkyler til for tiden 7%. Det vil her føre for langt å gå inn på hvordan denne sats er begrunnet og hvilke faktorer som inngår i beregningene av den riktige rentesats.

En ting til er vesentlig når det gjelder definisjon av kostnaden ved et program. Dersom et program ikke blir igangsatt, vil samfunnet likevel påføres kostnader ved at de pasienter som programmet tok sikte på oftest må tas hånd om på annen måte. Når man skal evaluere et bestemt program, blir kostnaden derfor ikke de totale kostnader ved programmet, men de eventuelle merkostnader ved programmet i forhold til de kostnader som samfunnet ubetinget blir påført uten programmet.

Som økonomisk nytte i en nytte-kostnadsanalyse regnes samfunnets økte muligheter for konsum av andre goder (herunder også helsetjenester). Heller ikke her vil inntektsoverføringer inngå. Årsaken til samfunnets økte konsummuligheter av andre goder skyldes to forhold. Et bestemt behandlingsopplegg kan dels føre til større fremtidig arbeidsinnsats hos pasienten og hans nærmeste familie, dels redusere fremtidig bruk av helse-tjenester og hjemmehjelpstjenester. Dette siste vil bidra til å frigjøre ressurser for annen anvendelse.

Det er ikke vanskelig å finne nytte-kostnadsanalyser foretatt av leger, psykologer og dessverre av og til økonomer hvor den samfunnsøkonomiske nytte og kostnad er galt definert. Resultatene kan også bli tvilsomme fordi analysene ofte er svært sensitive til anslag for visse sentrale størrelser. Det kan derfor være grunn til å gjennomføre beregningene for alternative anslag for å se om resultatene endres vesentlig.

### Sluttord

Den kritikk som av og til reises mot nytte-kostnadsanalyser - nemlig at ikke alt kan måles i kroner - er dårlig fundert og viser bare at vedkommende kritiker ikke har innsikt i hva analysen dreier seg om. Noen ganger kan imidlertid kritikk være berettiget overfor den måte analysene



gjennomføres på og blir presentert på. Dette er imidlertid ikke kritikk av analysemåten, men bare av ukyndig bruk av den. At den økonomiske side ikke alltid er den viktigste ved et program, er heller ikke noe argument mot denne analyseform. Det vil være galt å neglisjere de økonomiske effekter og oppfatte analyser av disse som irrelevante.

Med de store ressurser som helsesektoren disponerer, vil en mer utstrakt bruk av samfunnsøkonomiske analyser antagelig gi et langt bedre helse-tjenestetilbud enn idag. Dette gjelder også den del av helsesektoren som tar seg av befolkningens psykiske helse og hvor psykologer bidrar med sin arbeidsinnsats og sine fagkunnskaper.

## PSYKOTERAPI: ER DET INNSATSEN VERD?

EFFEKTIVITET, NYTTE OG KOSTNAD BELYST VED ET UTVALG EMPIRISKE STUDIER.

Geir Nielsen, Psykologisk institutt, Universitetet i Bergen

### Innledning

La meg like godt straks bekjenne at jeg under utarbeidelsen av dette innlegget har tatt meg nokså store friheter i forhold til den tildelte foredragstittel: "Psykologi og økonomi". Det er flere grunner til dette. For det ene fant jeg emnet i seg selv så vidt at en avgrensning under alle omstendigheter syntes naturlig. For det andre er mine kunnskaper på økonomiens område mindre enn små. Ettersom jeg ikke ser noen grunn til å blottstille denne min uvitenhet mer enn nødvendig, kommer jeg derfor til å snakke forholdsvis mer om "psykologi" enn om "økonomi". Hva førstnevnte angår, vil jeg ytterligere begrense meg til den sektor av psykologisk yrkesutøvelse som vi med en samlebetegnelse kaller psykoterapi.

Reformulert blir derfor noe av mitt ærend å snakke om økonomiske aspekter ved psykoterapeutisk virksomhet. Mer spesifikt vil jeg konsentrere meg om to hovedproblemstillinger, nemlig:

- 1) Har psykoterapi i det hele tatt noen målbar positiv effekt?  
Og:
- 2) Hva betyr den eventuelle effekt i en videre økonomisk/helsepolitisk sammenheng?

I tråd med hva jeg er blitt bedt om å gjøre, skal jeg forsøke å kaste lys over problemstillingene ved hjelp av utvalgte empiriske studier. Ettersom brukbare norske undersøkelser på området fortsatt glimrer med sitt fravær, har jeg vært nødt til å basere fremstillingen på den internasjonale forskningslitteratur. Følgelig vil spørsmålet om generaliserbarhet og om overføring av resultater fra en (fag-) kultur til en annen melde seg allerede i utgangspunktet. Akkurat dette problemet vil jeg imidlertid ta forholdsvis lett på i denne forbindelse. Det er likevel viktig at man under vurderingen av de undersøkelser og resultater som jeg legger frem hele tiden har nevnte problem/begrensning in mente.

Med tanke på det brede og varierte spekter av arbeidsoppgaver og rolleutforminger som kjennetegner moderne psykologisk yrkesutøvelse, vil kanskje noen spørre hvorfor jeg har valgt akkurat psykoterapi som mitt analyseobjekt. Selvsagt kunne jeg like gjerne konsentrert meg om andre viktige rollefunksjoner, så som testing og rådgivning, konsultasjon, samfunnspsykologisk virksomhet o.l. Når jeg likevel har valgt å konsentrere meg om psykoterapien, skyldes det både at det er denne type virksomhet som står meg selv nærmest og at undersøkelser fra de seneste år (Garfield, 1974; Cleveland, 1976) har vist at psykoterapi er den høyest prioriterte enkeltfunksjon i klinisk arbeidende psykologers hverdag. Dette berettiger etter min mening at psykoterapien gjøres til gjenstand for kritisk analyse i forbindelse med en profesjonskonferanse.

### Noen problemer ved evaluering av psykoterapi

Spørsmålet om psykoterapiens effektivitet og berettigelse er ikke nytt. Gjennom flere årtier har debatten gått livlig. Synspunktene har variert m.h.t. saklighet og m.h.t. typer av dokumentasjon. I debatten har man gjerne enten hevdet at psykoterapi overhodet ikke har noen påvisbar positiv virkning, eller man har villet fremholde spesifikke metoders og skoleretningers overlegenhet på bekostning av andre.

Forskningsaktiviteten på området startet for alvor på slutten av 1950-tallet. Eysenck's (1952) ekstremt negative og provoserende resultater fra en undersøkelse som senere (Bergin, 1971) er blitt avslørt som forskningsmetodologisk tendensiøs, var en ikke uviktig kilde til at evalueringsforskningen begynte å blomstre. Som de fleste antagelig kjenner til, gikk Eysencks konklusjon bl.a. ut på at pasienter som hadde mottatt tildels langvarig psykoterapi, kom dårligere ut enn personer med tilsvarende plager og problemer som ikke hadde mottatt psykoterapi overhodet. Eysenck opererte f.eks. med en "spontan-remisjon" på ca. 75% for nevrotiske symptomer over en to-års periode. Til sammenligning anga han gjennomsnittlige bedringsresultater for psykoterapi-pasienter på henholdsvis 44% (psykoanalyse) og 64% (ekletisk basert psykoterapi).

Bergin (1971) med flere har siden vist at man med en litt annen håndtering av Eysencks data kan komme frem til et for psykoterapiens vedkommende atskillig mer positivt bilde.

Tilsvarende har de aller fleste oversiktsarbeider fra de senere år (e.g. Meltzoff & Kornreich, 1970; Bergin & Garfield, 1971; Garfield & Bergin, 1979) totalt sett endt ut med forholdsvis positive konklusjoner. Går man imidlertid noe mer detaljert inn i materien, vil man fort oppdage at forskningsfeltet - på tross av enorme forskningsmessige investeringer over en 25-års periode - fortsatt er svært uoversiktlig og forvirrende. Delvis finner vi at resultater fra en og samme under-

søkelse er innbyrdes motstridende, delvis gir tilsynelatende like forskningsdesigns ulike resultater, og delvis blir ett og samme datasett tolket i diametralt motsatt retning (jfr. Eysenck/Bergin-eksemplet ovenfor).

Enkelte (e.g. Strupp & Bergin, 1969) har valgt å oppfatte de mange motstridende og forvirrende resultatene som et uttrykk for at man i utgangspunktet har stilt gale spørsmål. Konkret har man hevdet at problemstillingen om psykoterapi har effekt eller ikke, er holdt i en altfor generell form. Snarere bør man spørre som følger: Hvilken type psykoterapi vil være mest effektiv for hvilke pasienter under de og de omstendigheter (Strupp, 1972)?

En del nyere forskning kan tyde på at dette er en mer fruktbar problemstilling (Garfield & Bergin, 1979). På den annen side unngår man heller ikke gjennom slike reformuleringer det kompliserende faktum at man i enhver vurdering av bedring også - eksplisitt eller implisitt - vil måtte forholde seg til verdi - og normoppfatninger angående normalitet, helse/sykdom og livskvaliteter for øvrig. I sin tur vil ulike verdioppfatninger nødvendigvis påvirke og medføre forskjeller i valg av evalueringskriterier. Derved er ringen igjen sluttet, og det noen (f.eks. tilhengere av en bestemt skoleretning/teoretisk orientering) vil vurdere som bedring, vil andre kunne se på som ingen endring, eller endatil forverring.

Som et forsøk på å redusere noen av de verdikonflikter man således kan stå overfor i evalueringsforskning, har Strupp & Hadley (1977) som et overordnet paradigme foreslått hva de kaller en "tripartite model". I korthet går denne ut på at der i forbindelse med enhver behandlingsevaluering vil være minst tre interesserte parter å ta hensyn til, nemlig: pasienten selv, terapeuten eller andre fagpersoner og samfunnet for øvrig (representert ved f.eks. familie, lærere, trygdekontor, o.l.). Man kan godt tenke seg den situasjon at de tre partene vurderer ett og samme behandlingsutfall nokså forskjellig. F.eks. kan det være at både pasient og terapeut oppfatter en gitt adferdsendring som positiv, mens pasientens nærmeste derimot opplever tilstanden som forverret (jfr. "Jens er blitt så tverr. Før var det aldri nei i hans munn").

Omvendt kan vi tenke oss at både pasienten selv og "samfunnet" vurderer behandlingsutfallet som godt (e.g. "Angsten er helt borte nå"). Fagmannen, med ambisjoner om å bevirke omfattende psykodynamiske og strukturelle endringer hos pasienten, vil på sin side gjerne vurdere det samme behandlingsutfall negativt (f.eks. "flukt inn i sunnheten", "kontrafobisk reaksjon", o.l.). Iht. Strupp & Hadley (1977) vil derfor ethvert evalueringsdesign som ikke ivaretar alle de tre nevnte perspektiver eller interesser, lide under vesentlige mangler. Personlig har jeg til dags dato ikke sett en eneste enkeltundersøkelse som fullt ut oppfyller et slikt krav.

Om noen nå har begynt å få en snikende og plagsom følelse av at terapi-evaluering er en problematisk geskjeft, lover det bra. Og egentlig har jeg jo så langt bare beveget meg i kulissene av problematikken. Den som måtte finne på å begi seg lenger inn på evalueringsforskningens tornefulle vei, vil fort oppdage at der finnes atskillig flere utfordringer enn de som hittil er nevnt. Ikke minst er det grunn til å minne om at psykoterapi ikke er noen enhetlig prosess og at den ei heller konsentrerer seg om enhetlige problemer. Snarere er det slik at psykoterapi består av en rekke delprosesser og delfunksjoner som i interaksjon med hverandre bevirker det endelige resultat. Følgelig kan man vanskelig skille helt klart mellom såkalt effektforskning og såkalt prosessforskning, slik enkelte har foreslått. Det er av begrenset, om enn ikke uvesentlig, verdi å kunne dokumentere at psykoterapi har effekt, hvis man ikke også i noen grad kan vise hva som har ført til hva.

Sammenfattende synes der m.a.o. å være en rekke problemer tilknyttet den tradisjonelle psykoterapiforskning. Stikkordmessig kan noen av de viktigste summeres som følger:

1. Det finnes ikke èn, men et utall av terapiformer som praktiseres av terapeuter med varierende bakgrunn, kompetanse og egen personlighet.
2. Innen en og samme behandlingsgruppe vil pasienter variere på en rekke faktorer som kan tenkes å virke inn på utfallet.
3. Pasienter med samme symptombylde varierer og har ulik individuell prognose.
4. Forholdet mellom pasient og terapeut varierer. En terapeut har suksess med en pasient. En annen benytter, "ytre" sett, samme prosedyre, men mislykkes.
5. Ulik målsetting for ulike former for terapi og ulike målsettinger for ulike "interessenter", f.eks. symptomendring vs. endring av grunnleggende personlighetsstrukturer.
6. Varierende miljøforhold. Det sosiale miljø har muligheter for å påvirke terapiutfallet, uten at terapeuten/forskeren kan regne med å ha full oversikt m.h.t. slike faktorer.
7. Hva er egentlig 'mental helse'? Enkle og entydige kriterier kan vanskelig stilles opp. F.eks. vil kriteriene naturlig påvirkes av faktorer som tid, sted, sosiale forventninger og sosiokulturelle forhold for øvrig.

Som man skjønner, er det mange gode grunner for terapiforskeren til å bli motløs en gang i blant. Ja, endatil Hans Strupp, selve fiksstjernen på psykoterapiforskningshimmelen, har i et dystert øyeblikk reist spørsmålet om effektevaluering egentlig kan bli noe mer enn et uttrykk for velment, håpløs naivitet (Hadley & Strupp, 1977).

Nå vel, Strupp ender likevel opp med den konklusjon at meningsfull evaluering ikke bare er mulig, men faktisk helt nødvendig. Han begrunner sitt syn både ut fra psykoterapiens egne behov og ut fra behovet for samfunnsmessig legitimering av psykoterapeutisk virksomhet. Samtidig understrekes sterkt behovet for nytenkning og forskningsmetodologisk innovasjon. Elementer av begge deler er tilstede i de 3-4 undersøkelsene/prosjektene som jeg har valgt ut for en mer inngående presentasjon.

Samlet bidrar undersøkelsene til å kaste lys over de to hovedproblemstillingene som jeg har skissert innledningsvis. Av den grunn burde de være av interesse i alle fall. Imidlertid har de kanskje vel så stor verdi derved at de kan tjene som inspirasjon for videre forskning langs de hovedlinjer som trekkes opp - gjerne basert på og tilpasset særegne norske forhold.

#### Psykoterapiens effektivitet: En meta-analyse (Smith & Glass, 1977)

Den første av de undersøkelsene som jeg skal ta for meg, ble utført av Mary Lee Smith og Gene Glass ved Colorado-universitetets pedagogiske forskningslaboratorium. Resultatene fra undersøkelsen ble første gang publisert gjennom en artikkel i "American Psychologist", september 1977. En samlet presentasjon av prosjektet forventes å foreligge i bokform med det aller første.

Personlig vurderer jeg Smith & Glass' undersøkelse som et av 1970-årenes aller viktigste bidrag, og det er forbausende hvor lite kjent deres arbeid har vært her hjemme.

Når jeg anser undersøkelsen som særdeles viktig, begrunner jeg det ut fra flere forhold:

1. Den er utført av personer som, ut fra sin egen faglige bakgrunn, må kunne antas å ha gått forholdsvis "unbiased" inn i problematikken, dvs. uten å ha vært interessert i å få data som gikk i en bestemt retning.
2. Det introduseres en målemetode som gjør det mulig å sammenligne resultatene fra undersøkelser som skiller seg fra hverandre m.h.t. design, psykoterapeutiske tilnæringsmåter, pasient-utvalg og kriterier for bedring.

3. Bare studier hvor det har vært anvendt kontrollgrupper er tatt med.
4. Undersøkelsen er den desidert mest omfattende survey som hittil er utført på området.

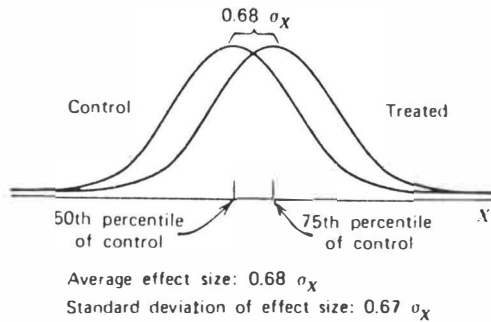
Smith & Glass benevner selv sin undersøkelse som en "meta-analyse". Dette henspeiler på at deres hovedformål var å integrere tidligere forskning gjennom statistisk bearbeiding av resultatene fra allerede foreliggende evalueringsstudier. Mer spesifikt satte de seg som mål å (1) beregne en såkalt effektstørrelse for hver enkelt undersøkelse, (2) sammenligne effekten av forskjellige terapiformer, og (3) se på sammenhengen mellom effektstørrelse og slike behandlingsfaktorer som f.eks. ulike pasientkategorier og terapeutkarakteristika.

Konkret gikk man frem på den måte at rundt 1 000 evalueringsrapporter ble identifisert gjennom standard søkeprosedyrer i "Psychological Abstracts" og "Dissertation Abstracts". Av disse ble ca halvparten valgt ut for nærmere analyse, og 375 rapporter ble fullstendig analysert. Ekskludert allerede i utgangspunktet ble alle undersøkelser hvor det ikke var benyttet kontrollgruppe(r).

I stedet for - slik man oftest har gjort (jfr. Luborsky et al., 1975) - bare å telle opp antall undersøkelser med positive, negative eller ikke-signifikante resultater, regnet Smith & Glass ut gjennomsnittsforskjeller mellom terapigruppene og kontrollgruppene. Beregningene ble gjort for alle de anvendte bedringskriterier, og slik disse varierte fra undersøkelse til undersøkelse. Gjennomsnittsverdien ble derpå dividert med tilhørende standardavvik for kontrollgruppen. Slik kom man frem til de ulike "effektstørrelser". I praksis vil dette si at en "effektstørrelse" på f.eks. + 1.00 indikerer at "gjennomsnittspersonen" i kontrollgruppen har beveget seg til gruppens 84. persentilnivå etter behandling.

Tilsammen ble det på grunnlag av de 375 undersøkelsene beregnet mer enn 800 effektstørrelser, basert på data fra omkring 50 000 enkeltpersoner. Alle effektstørrelser sett under ett, viste det seg at resultatene for terapigruppene i gjennomsnitt lå 0.68 standardavvik over resultatene for kontrollgruppene. Uttrykt på en annen måte vil det si at "gjennomsnittspasienten" etter behandling kom bedre ut av det enn 75% av kontrollpersonene, altså dem som ikke hadde mottatt terapi. Fordelingen for de to gruppene fremgår av Figur 1.

Figur 1. Endringsforskjeller mellom pasienter som har mottatt psykoterapi og kontrollpasienter. (Figuren hentet fra Smith & Glass, 1977).



Selv i sin mest grovmaskede form gir resultatene et klart bekreftende svar på spørsmålet om psykoterapi i det hele tatt har noen påviselig positiv effekt. Samtidig taler de sterkt imot holdbarheten av Eysencks (1952) tidligere omtalte konklusjon, idet - og ironisk nok - nettopp 75%-tallet som han tilskrev spontan remisjon, igjen dukker opp, men nå i psykoterapiens favør.

På den annen side har jeg jo allerede antydnet at globalt formulerte spørsmål om psykoterapiens nytteverdi kanskje har sin begrensning. La oss derfor gå noe mer nyansert inn i Smith & Glass' data, og se i hvilken grad f.eks. ulike terapiretninger skiller seg fra hverandre m.h.t. effektivitet. Tabell 1 kan fortelle oss en del om dette.

Tabell 1. Effects of ten types of therapy on any outcome measure.

	Average effect size	No. of effect size	Standard error of mean effect size	Mdn treated person's percentile status in control gr.
Psychodynamic	.59	96	.05	72
Adlerian	.71	16	.19	76
Eclectic	.48	70	.07	68
Transact. analysis	.58	25	.19	72
Rational-emotive	.77	35	.13	78
Gestalt	.26	8	.09	60
Client-centered	.63	94	.08	74
System. desensitiz.	.91	223	.05	82
Implosion	.64	45	.09	74
Behav. modification	.76	132	.06	78

(Slightly modified after Smith & Glass, 1977).



Som vi ser, er effekten for alle de i tabellen inkluderte retninger positive. Effektstørrelsene varierer en del, med høyeste gjennomsnittsverdi for systematisk desensitivisering ( $\sigma = 0.91$ ) og den laveste for Gestalt-terapi ( $\sigma = 0.26$ ). De resterende <sup>x</sup>åtte kategorier skiller seg forholdsvis lite <sub>x</sub> fra hverandre.

Den mest nærliggende konklusjon på grunnlag av data må vel være at ulike grupper av psykoterapeuter i omtrent like stor utstrekning makter å bevirke slike endringer som ansees viktige ut fra terapeutens egen faglige orientering. Når det på den annen side gjelder spørsmålet om en type endring er like bra som en annen type endring, sier det seg selv at svaret vil være helt avhengig av hvilke verdioppfatninger man måtte velge å legge til grunn. Spørsmålet faller således utenom domenen av problemstillinger som kan besvares empirisk.

En ikke urimelig tolkning av resultatene i tabellen ovenfor vil for øvrig være at det primært er de såkalte ikke-spesifikke faktorer i behandlingssituasjonen som slår ut på effektstørrelsene. Alternativt formulert kan vi tenke oss resultatene som et uttrykk for at flere veier kan føre til mål. Uansett tolkning bør vi, slik jeg ser det, i tiden fremover bli mer opptatt av hva ulike terapiretninger har felles. Som vi vet, har man i "markedsføringen" av ulike terapisystemer til nå nokså ensidig fremhevet forskjeller.

Av øvrige funn fra Smith & Glass' undersøkelse kan nevnes at angstreduksjon og øket selvaktelse var de to typer av endring som oppnådde de høyeste effektverdier. For begge disse kategorier lå effektstørrelsene på over 0.90. I den andre enden av skalaen lå endring i forhold til typiske "tilpasningskriterier", dvs. kriterier på sosial innordning.

Hva kunne så undersøkelsen fortelle om eventuelle sammenhenger mellom effektstørrelse og mer spesifikke behandlingsfaktorer? For materialet som helhet gjaldt at klare sammenhenger i de fleste tilfeller glimret med sitt fravær. F.eks. var der null-korrelasjon mellom effektstørrelse og slike variabler som terapiens varighet (antall behandlingstimer), diagnostisk tilhørighet og pasientens alder. Svake, men statistisk signifikante sammenhenger ( $r_s = 0.10 - 0.30$ ) fant man mellom effektstørrelse og pasientens generelle IQ-nivå, grad av likhet m.h.t. sosio-kulturell bakgrunn hos pasient og terapeut, oppfølgingstidspunkt og "globalitet" m.h.t. evalueringsmetode.

Gjennom multiple regresjonsanalyser og annen raffinert bearbeiding av data, trådte noen flere sammenhenger frem. Totalt ga undersøkelsen imidlertid ingen klare holdepunkter for å hevde spesifikke tilnæringsmåters overlegenhet. Kanskje kan dette tas til inntekt for det syn at også spesifisitetsorienteringen kan føres for langt. Og kanskje bør det mane til en viss nøkternhet hva angår fruktbarheten av å tilrettelegge fremtidig evalueringsforskning på "molekylnivå".

## Psykoterapi og økonomi: Empiriske studier

Jeg har så langt hele tiden beveget meg i forhold til min første hovedproblemstilling, altså spørsmålet om psykoterapi overhodet kan påberope seg dokumentert nytteverdi for dem som mottar slik behandling, dvs. nytteverdi for enkeltindivider. I fortsettelsen vil jeg imidlertid foreta en perspektivforskyvning og prøve å kaste lys over nytteaspektet ut fra samfunnets og det offentliges posisjon.

I denne forbindelse synes vurderinger med basis i økonomiske kriterier å peke seg naturlig ut. Kan vi m.a.o. på noen meningsfull måte beregne hva en gitt helsetjeneste, in casu psykoterapi, koster samfunnet/det offentlige totalt sett og hvilken avkastning/besparelse - hvis i det hele tatt noen - den i sin tur gir? Som vi ser, er problemstillingen i en viss forstand analog med slike som man innenfor næringslivet vanligvis omtaler som kostnad/nytte analyser.

Nå vil jeg imidlertid straks gardere meg mot å bli oppfattet dithen at jeg mener denne analogien er uproblematisk. Selvsagt kan man ikke uten videre omplante analysemetoder fra næringslivet og til helsesektoren. Om ikke annet, så har dette sammenheng med at det lett kan få mye av absurditetens preg over seg om man ureflektert beregner markedsverdi for menneskers helse og velbefinnende.

Kanskje vil det hele fortone seg litt annerledes dersom vi, som Uhde (1978) har foreslått, lar kostnad-nytte analyser komme inn i sammenligninger mellom virksomheter. Til eksempel kan vi tenke oss sammenligninger mellom ulike typer psykoterapi, mellom psykoterapi og medikamentell behandling, mellom psykoterapi utført av ulike faggrupper m.v.

I forbindelse med planleggingen av dette foredraget bestemte jeg meg for å finne ut i hvilken utstrekning slike kostnad-effektivitetsanalyser i det hele tatt er representert i psykoterapiforskningslitteraturen. En vanlig litteratursøkning resulterte i underkant av ti undersøkelser hvor en slik tilnærming var benyttet. To av disse inngikk som del av et større forskningsprosjekt ved Michigan State University (Karon & VandenBos, 1975, 1976). En rapport var utarbeidet av Cummings (1977) på grunnlag av et prosjekt ved Kaiser-Permanente institusjonen i California (jfr. Folette & Cummings, 1967). Endelig kan nevnes en pilotundersøkelse utført av Ginsberg & Marks (1977) ved Bethlem/Maudsley-hospitalet i London. Selv om disse undersøkelsene hver for seg lider under mange svakheter, og selv om de bygger på en del antagelser som det kan være grunn til å diskutere, vil jeg presentere dem forholdsvis utførlig. Svakhhetene til tross, mener jeg nemlig at de står som interessante eksempler på den tilnærming som jeg her har nevnt.

I tillegg er flere av resultatene etter min mening av en slik art at de fortjener å bli kjent også utenfor den aller snevreste krets av fagfolk. Ikke minst gjelder dette for politikere og bevilgende myndigheter innenfor helsesektoren.

Før jeg går over på undersøkelsene enkeltvis, kan det imidlertid være på sin plass å si litt om beregning av behandlingstkostnader i sin alminnelighet.

Grovt kan man skille mellom direkte og indirekte kostnader. Indirekte kostnader er f.eks. slike utgifter som er nødvendige for å opprettholde selve behandlingsfaciliteten, kontorhold og de mer generelle behandlingsfunksjoner. Direkte kostnader refererer på sin side vanligvis til utgifter i forbindelse med spesielle og individuelt foreskrevne undersøkelses- og behandlingsprosedyrer. Eksempelvis kan nevnes testdiagnostikk, psykoterapi og medikering. For både direkte og indirekte kostnader gjelder at de kan bestemmes forholdsvis eksakt, og at de jevnt over hører til de mindre problematiske sider ved økonomisk orientert behandlingsforskning.

Atskillig vanskeligere blir det når en skal forsøke å anslå hvor store kostnader f.eks. en psykisk lidelse i seg selv utgjør. Blant flere faktorer kommer her inn slike som produktivitets- og inntektstap, redusert skatteinntang, økte sosial- og trygdeytelser m.v. Det har fra enkelte hold (jfr. National Institute of Mental Health, 1976) blitt hevdet at beregning av slike kostnader er mer kunst enn vitenskap. Av dette følger at enhver kostnad-nytte analyse og de fleste kostnad-effektivitetsberegninger nødvendigvis må bygge på en rekke mer eller mindre rimelige anslag og estimater. Undersøkelsene som følger er gode eksempler på det.

Michigan-prosjektet. Karon & VandenBos' (1972) prosjekt ved Michigan-universitetet startet ut med det formål å undersøke effekten av psykoterapi med schizofrene pasienter. To varianter av psykoanalytisk orientert terapi - en "ren" og en i kombinasjon med medikamentell behandling - ble sammenlignet med medikamentell behandling alene. Alle tre grupper fulgte for øvrig de ordinære hospitalrutiner. Behandlingen løp kontinuerlig over en periode på 20 måneder, med gjennomsnittlig 70 terapitimer pr. pasient, dvs. 42 timer pr. år. Blant terapeutene var psykiatere og psykologer og med varierende erfaringsmengde.

Den medikamentelle behandling var hovedsakelig basert på phenothiazin-preparater, med mellom 100 og 400 mg 3-4 ganger i døgnet. Dette var en typisk "treatment as usual" for den aktuelle type lidelser i amerikanske institusjoner på den tid prosjektet ble gjennomført. Samtlige pasienter ble undersøkt og vurdert før behandlingsperioden begynte og henholdsvis 6, 12 og 20 måneder etter prosjektets "behandlingsfase". Totalt inngikk 23 pasienter, alle med en klar schizofrenidiagnose, i prosjektet. Etter vanlige randomiseringsprinsipper ble de fordelt mellom de tre gruppene.

Som grunnlag for beregning av behandlingseffekt benyttet man (1) hospitaliseringslengde, (2) klinisk funksjonsvurdering og (3) diverse testobservasjoner, inklusivt proaktiv metodikk. De kliniske vurderinger ble foretatt "blindt".

Kort fortalt ga undersøkelsen som resultat at sammenlignet med kontrollgruppen ("treatment as usual"), viste de to psykoterapigruppene en massiv nedgang m.h.t. tankeforstyrrelser, en signifikant bedring m.h.t. allmenn funksjonering, samt redusert hospitaliseringstid, både på kort og lang sikt. Dette er alt sammen i seg selv vesentlige nytteeffekter, men hva med de tilhørende økonomiske konsekvenser?

I sin økonomiske analyse valgte Karon & VandenBos (1975) å begrense seg til rene behandlingstkostnader, dvs. ordinære hospitaliseringsutgifter og utgifter som følge av de ekstraordinære psykoterapitiltak. Utgifter forbundet med andre offentlige støttetiltak og reduksjon i pasientens inntjenings-/skattebetalingsevne ble holdt utenfor analysen p.g.a. de mange usikkerhetsfaktorer som ellers ville ha kommet inn i beregningen. På den annen side ville selvsagt inkludering også av slike forhold ha bidradd til tall av en langt annen størrelsesorden. Totalt kan de beregninger som legges frem betraktes som konservative, idet de også ble basert på den antagelse at tilbudet om individuell psykoterapi under alle omstendigheter ville forutsette en utvidelse av den ordinære behandlingsstab.

I den primære kostnadsanalyse ble de to psykoterapigruppene slått sammen ("eksperimentalgruppen"). Videre valgte man å beregne kostnadene på to forskjellige måter. Betegnelsen "korrigererte" verdier i Tabell 2 nedenfor, viser til det forhold at selv om gruppene var randomisert, var de ikke matched m.h.t. en del bakgrunnsvariabler som i tidligere forskning har vist seg å korrelere med hospitaliseringslengde. Interesserte kan finne detaljer angående korrigeringsprosedyren annetsteds (Karon & VandenBos, 1972).

Tabell 2. Average treatment cost data for control and pooled experimental groups. (Corrected data in parentheses.)

	Control <sup>a</sup>		Experimental <sup>b</sup>	
Days hospitalized (0-20 months)	113.5	(146.4)	78.4	(71.8)
Initial hospital cost	3212	(4143)	2219	(2032)
Addit. psychotherapy cost	0	(0)	892	(892)
Initial cost (treatment phase)	3212	(4143)	3111	(2924)
Days subsequently hospitalized (20-44 months)	99.8	(99.8)	56.4	(56.4)
Later hospitalization cost	2824	(2824)	1596	(1596)
Total treatment cost	6036	(6967)	4707	(4520)

Note: Costs are given in dollars. <sup>a</sup>N=12. <sup>b</sup>N=21. (Modified after Karon & VandenBos, 1975.)

Tallene i tabellen er basert på offisielle amerikanske kursatser (nasjonal gjennomsnittlig døgnpris) og psykoterapi anno 1971-72.

Som tabellen viser, er det nokså markante forskjeller mellom gruppene m.h.t. antall hospitaliseringsdøgn og dertil hørende kostnader. Selv med de ekstraordinære psykoterapiomkostninger iberegnet, var den faktiske besparelse pr. pasient ca. 3% for den første 20-måndersperioden, eller ca 30% om man bruker de korrigerte data.

Vi ser også at antall gjeninnleggelsesdøgn i løpet av den to-årige oppfølgelsesperioden var atskillig lavere for psykoterapi-pasientene enn for medikament-gruppen. Gjennomsnittlig var forskjellen i overkant av 43 døgn. Samlet bidro dette til en besparelse på 1 300 dollars (22%) pr. pasient. Om vi også her regner ut fra de korrigerte data, blir selvsagt besparelsen ytterligere øket, nemlig 2 300 dollars, dvs. 36% pr. pasient.

Igjen kan det være grunn til å minne om at det her har vært snakk om besparelser m.h.t. rene behandlingsutgifter. Om også besparelser i form av redusert sosialstønning og reduserte trygdeytelser (som følge av pasientenes allment bedre funksjonsnivå) var blitt iberegnet, aner vi konturene av langt større tallverdier. M.h.t. påminnelser kan det for øvrig være grunn til også å gjengi Karon & VandenBos (1975) egen: "And this cost saving occurs along with (uth. av meg) the clinical improvement!"

Før jeg helt forlater Michigan-prosjektet skal også kort nevnes resultatene fra et par av undersøkelsenes mest interessante delanalyser. F.eks. fant man at pasientene i den "rene" psykoterapi-gruppen gjennomsnittlig hadde hatt 7.2 re-hospitaliseringsdøgn i løpet av oppfølgingsperioden, mens tallet for "kombinasjonsgruppen" var 93.5. Som vi husker, var gjennomsnittspasienten i medikamentgruppen oppe i 99.8 re-hospitaliseringsdøgn i løpet av samme 2-års periode. Recidivfrekvensen var m.a.o. desidert lavest for de pasienter som ble behandlet uten medikamenter. Rent økonomisk vurdert viste undersøkelsen også at det lønnet seg å benytte forholdsvis "dyre", men erfarne terapeuter. Som gruppe betraktet nådde nemlig disse klart gunstigere kostnad-nytte tall enn sine "billigere" kolleger i utdanningsstilling.

Bethlem/Maudsley-prosjektet. Michigan-undersøkelsen studerte effekten av psykoanalytisk orientert behandling, av et tradisjonelt tungpsykiatrisk klientell, og behandlerne var alle spesialtrene leger eller psykologer. Til sammenligning kan vi si at Bethlem/Maudsley-undersøkelsen er forskjellig på de fleste av disse punktene. Pasientene (n = 42) hadde alle nevrosediagnose (fortrinnsvis fobisk), behandlingen var adferdsorientert, og terapeutene var alle spesialtrene sykepleiere som arbeidet under supervisjon. Dessuten var behandlingsoppleggene som ble benyttet typiske korttidsterapier, med gjennomsnittlig 16 behandlingstimer, fordelt over 9 sesjoner, pr. pasient. Pasientene hadde gjennomgående hatt sine plager i 12 år.

Hensikten med undersøkelsen var primært å studere effekten av en slik korttidsorientert nevrosebehandling, samt å beregne noen av de økonomiske konsekvenser en slik behandlingstype medfører. For sistnevnte formål valgte man å benytte en nokså tradisjonell kostnad-nytte analyse.

Som tidligere nevnt, vil en analyse av dette slag alltid måtte forutsette en rekke antagelser og estimater. F.eks. baserte Ginsberg & Marks sin analyse på den antagelse at de fleste pasienter som vil kunne profitere på korttidsbehandling ikke får et slikt tilbud, p.g.a. sterke begrensninger m.h.t. kvalifisert behandlingspersonell. Andre antagelser var, som vi skal se, knyttet til spørsmålet om hva som var rimelig å inkludere på kostnad- og nyttesiden respektivt og om hvor lang varighet bedringen kunne antas å ha. Endelig gikk man ut fra den antagelse at tilstanden for fobikere som ikke behandles, forblir uendret. Som grunnlag for disse antagelsene ble nyttet allerede foreliggende empiri (e.g. Cooper, Gelder & Marks, 1975).

Hva selve behandlingseffekten angår, kan nevnes at man fant en signifikant nedgang både i pasientenes presenterte problemer og m.h.t. symptomer for øvrig. Det syntes m.a.o. å være til stede en nokså klar generaliserings- eller "spill-over"-effekt ved behandlingen. Interessant nok viste resultatene også at behandlingseffektiviteten ikke lå tilbake for hva man tidligere hadde funnet med psykiatere og psykologer som de utøvende terapeuter (jfr. Marks, 1977).

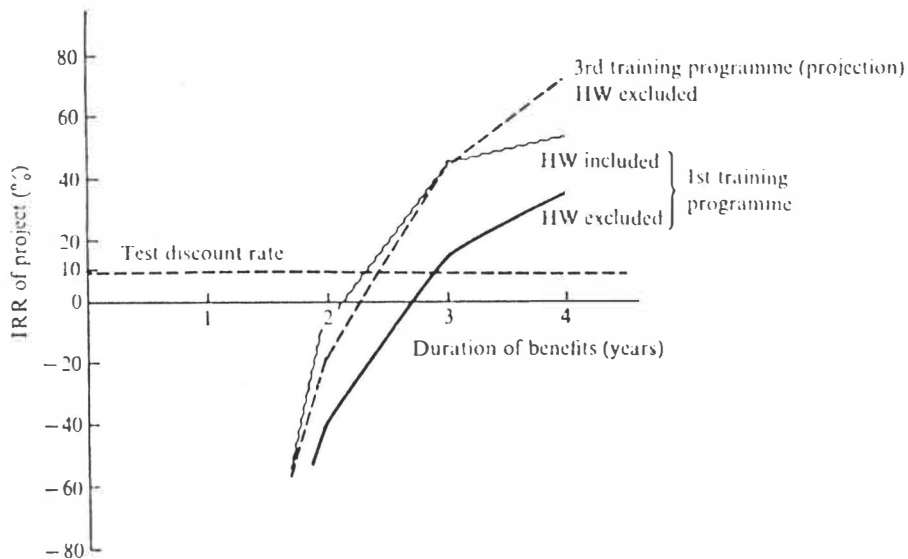
Til bruk for nytte-kostnad-analysen ble innhentet relevante talloppgaver for den enkelte pasient for henholdsvis året før påbegynt behandling og året etter avsluttet behandling. Av tangible og målbare nytteverdier inngikk i beregningen bl.a. redusert forbruk av trygde- og sosialytelser, reduksjon i sykefravær og øket ervervsevne. På kostnadssiden ble medregnet både direkte og indirekte behandlingsutgifter, pasientenes transportutgifter i forbindelse med behandlingen og yrkesfravær som fremmøte til behandling forutsatte. I beregningen ble det hele tiden korrigert for skiftende prisindekser og inflasjonsrater, slik disse varierte i løpet av den 5-års periode (1972-1977) som prosjektet innbefattet.

Sett under ett viste resultatene at behandlingens økonomiske nytteverdi i hovedsak kunne forklares ut fra tre sett av faktorer, nemlig: (1) redusert forbruk av helsetjenester og trygdeytelser, (2) mindre yrkesfravær enn tidligere og (3) redusert behov for ulike sosiale støtte-tiltak vis-à-vis pasientene og deres familier.

Egentlig ble kostnad-nytte forholdet beregnet på to forskjellige måter. I den ene analysen innberegnet man verdien av husarbeid. Denne ble satt slik at den tilsvarte laveste timebetaling for manuelt arbeid utført av kvinner, slik det fremgikk av regionale statistikker for det aktuelle tidsrom. Ved den andre beregningsmåten holdt man verdien av husarbeid utenfor.

I grove trekk ga analysen som resultat at kostnad og nytte balanserte hverandre såfremt virkningen av behandlingen varte ved i minst to år. Dersom bedringen varte i tre år, ga det en internrente (IRR) på 39% per annum, redusert til 17% når verdien av husarbeid ble satt til 0. Analysen viste videre at for å passere 10%-grensen, som tilsvarer det krav britiske myndigheter vanligvis stiller til sine prosjekter, måtte effekten holde seg i minst 2 1/4 år med husarbeid inkludert - eller 2 3/4 år når man holdt verdien av hjemmearbeid utenfor. Gitt en behandlingseffekt som holdt seg mindre enn to år, ville internrenten bli negativ. I praksis vil det si at behandlingen ikke kunne forsvares ut fra et rent økonomisk synspunkt. Ut fra humanitære betraktninger vil selvsagt saken forholde seg annerledes. I parentes bør nevnes at tidligere forskning (Marks, 1971, 1975) har vist at effekten av behandlingsopplegg svarende til det som ble nyttet innenfor det aktuelle prosjekt, gjennomgående og i det minste holder seg ut det fjerde året.

Figur 2. Kostnad/nytte analyse av atferdsterapi: Internrente (IRR) under ulike forutsetninger. (Figuren hentet fra Ginsberg & Marks, 1977.)



HW = Housework

Kaiser-Permanente prosjektet. Hovedresultatene fra Cummings og hans medarbeideres såkalte Kaiser Permanente (KP) prosjekt, stemmer på vesentlige punkter godt overens med undersøkelsene ovenfor. I tillegg bidrar de til å kaste lys over enkelte problemstillinger som de andre undersøkelsene ikke har berørt direkte, f.eks. forholdet mellom lang- og korttidsbehandling.

Den primære terapiform i KP-prosjektet blir beskrevet som aktiv, dynamisk korttidsbehandling (Cummings, 1977). I praksis vil det si behandlingsserier med inntil 15-20 sesjoner. En stor gruppe pasienter møtte imidlertid til bare ett terapeutisk intervju, mens en tredje gruppe mottok mer tradisjonell langtidsbehandling (2-3 år). I tillegg inngikk i prosjektet en "matched" kontrollgruppe som ikke mottok psykoterapi. Pasientene dekket et bredt spekter m.h.t. art og grad av problemer og psykopatologi.

Opplysninger ble innhentet angående pasientenes totale (både m.h.t. antall og art) forbruk av medisinske tjenester gjennom året forut for initialkontakten med KP og for en oppfølgingsperiode på 5 år. Ikke overraskende viste det seg at mennesker med emosjonelle problemer var signifikant større forbrukere av de fleste medisinske service-funksjoner enn det som gjaldt for befolkningen ellers.

En av undersøkelsens mest interessante analyser viste at, sammenlignet med kontrollgruppen, hadde alle tre psykoterapigruppene en signifikant reduksjon m.h.t. forbruk av medisinske tjenester i oppfølgingsperioden. Nedgangen holdt seg stort sett konstant gjennom hele 5-års perioden. Den mest markante nedgang viste seg for tidsrommet mellom det andre og tredje året etter avsluttet behandling. Det er grunn til å nevne at så vel "engangs-gruppen" som "korttidsgruppen" opprettholdt sitt lave forbruk gjennom hele oppfølgingsperioden uten å ha mottatt noen form for tilleggsbehandling. I rene tall var forbruksreduksjonen for engangsgruppen 60% og for korttidsgruppen 75%.

For pasienter som hadde mottatt mer enn to års psykoterapi, ble ingen signifikant reduksjon registrert. Dette hadde først og fremst sammenheng med at deres relativt høye antall psykoterapitimer oppveiet reduksjonen m.h.t. øvrige typer legebesøk. Imidlertid viste gruppen en klar reduksjon m.h.t. antall hospitaliseringsdøgn, sammenlignet med tallene før påbegynt psykoterapi.

I en separat analyse beregnet Cummings (1977) kostnad-effektivitetsforholdet som funksjon av ulike behandlingsmengder. Som beregningsgrunnlag ble benyttet kostnadene av de medisinske ytelser som pasientene hadde mottatt året før påbegynt psykoterapi.

Dette beløp ble dividert på kostnadene av de medisinske ytelser pluss psykoterapiomkostninger for det nærmeste året etter avsluttet behandling. De rent økonomiske forholdstall var som følger:



(a) 1- 4 terapitimer	2.59 (56.0% av alle pas.)
(b) 1-15 sesjoner	2.11 (84.6% av pas.)
(c) Mer enn 16 sesjoner (gj.sn. 19.2)	1.19 (10.1% av pas.)
(d) "Interminable" (gj.sn. 47.9 pr. år)	0.91 ( 5.3% av pas.)
(e) Kontrollgruppen	0.88

Som det fremgår av oppstillingen, mottok modalpasienten inntil 15 timer psykoterapi. I denne forbindelse kan det være nærliggende å spørre om terapiens demonstrerte økonomiske effektivitet også har en korresponderende klinisk effektivitet.

Svaret er ja. Resultatene fra prosjektet viste at bedringen hos de pasienter som mottok slik typisk korttidsbehandling (gjennomsnittlig 8.6 timer) var udiskutabel. Det er videre grunn til å nevne at det her ikke var snakk utelukkende om "overfladisk" symptombedring. For flere av pasientene dreiet det seg om nokså radikale dynamiske og strukturelle forandringer, tilsvarende det man vanligvis har tilstrebet i tradisjonell langtidspsykoterapi. Resultatene fra KP-prosjektet stemmer i så måte godt overens med hva man gjennom de senere år har funnet også på annet hold (e.g., Malan, 1963, 1976; Sifneos, 1972; Davanloo, 1978).

Ut fra et helseøkonomisk perspektiv synes det m.a.o. og på grunnlag av de fremlagte resultater nærliggende å hevde at korttidspsykoterapi i de fleste tilfeller bør være "the treatment of choice". En slik oppprioritering av korttidsbehandling vil i sin tur frigjøre vesentlige ressurser for investering i klienter for hvem langtidsbehandling vanskelig kan unngås, f.eks. ved borderlinetilstander og andre omfattende karakterforstyrrelser.

#### Avsluttende kommentarer

De refererte undersøkelser og resultater kan danne utgangspunkt for ulike kommentarer og diskusjoner. F.eks. kan man ta for seg de forskningsmessige designs som er benyttet, inklusivt tekniske aspekter ved de økonomiske analyser der slike er tatt med. Man kan diskutere de fremlagte resultatets implikasjoner for psykoterapeutisk praksis. Eller man kan diskutere resultatenes mulige implikasjoner for helse- og sosialpolitikken mer generelt. Hva det siste angår, synes særlig måten ressursene innenfor helsesektoren blir benyttet på å peke seg ut som tema for diskusjon.

Tiden tillater meg ikke her å gå inn på alle disse punktene, så det meste får vente til den påfølgende diskusjon. Noen få kommentarer vil jeg likevel avslutningsvis få komme med.

Rent forskningsmetodologisk er det klart at ingen av de fremlagte undersøkelser er uangripelige. La oss f.eks. ta Smith & Glass' (1977) studie. Selv om undersøkelsen på sin måte er nokså genialt og i de fleste hen-seender representerer et stort fremskritt sammenlignet med tidligere survey-prosjekter, har den også sine lyter. Bl.a. har Smith & Glass ikke kunnet unngå at svakheter (f.eks. liten indre validitet) ved hver av de 375 enkeltundersøkelsene har fulgt med, nærmest som nissen på lasset, over i meta-analysen.

Hva de tre eksemplene på økonomisk orienterte undersøkelser angår, er det en svakhet at prosjektrapportene er lite detaljerte og konkrete i sin beskrivelse av hvordan terapien i de fleste tilfeller faktisk artet seg. Grove merkelapper som "psychodynamic oriented therapy" og "behavioral psychotherapy" sier oss ikke så mye. For Karon & VandenBos undersøkelse gjelder også det forhold at en del av pasientene i den "rene" medikamentgruppen ble flyttet mellom ulike hospitalavdelinger under sine behandlingsperioder (Karon & VandenBos, 1972). En kan derfor ikke se bort fra at slike miljøvariasjoner har bidratt med en del "støy" i sammenligningen mellom gruppene.

Som tidligere nevnt, er et av hovedproblemene ved Ginsberg & Marks (1977) undersøkelse at de økonomiske beregninger som ble foretatt i så stor utstrekning bygger på estimerte verdier. Imidlertid ble de aller fleste av anslagene gitt en "konservativ dreining". Uansett gjør det at kostnad-nytte resultater vanskelig kan oppfattes som annet enn tentative.

Men for nå å vende tilbake til spørsmålet som ble reist innledningsvis: Kan vi ut fra hva forskningen til nå har lært oss frimodig svare at: "Ja, psykoterapi er innsatsen verd!" Personlig mener jeg at vi langt på vei kan det. I alle fall gjelder dette sett ut fra enkeltindividets perspektiv. Som Smith & Glass' undersøkelse viser, er den typiske terapipasient etter avsluttet behandling bedre stillet enn 75% av mennesker med tilsvarende plager og problemer som ikke får terapi. Hva denne forskjellen rommer i form av øket trivsel og psykisk - for den saks skyld også fysisk - velvære kan vi bare tenke oss. Dette er goder og livskvaliteter som faller langt utenfor rammen av hva som meningsfullt kan omregnes til kroner og øre.

Sett ut fra samfunnets/det offentliges perspektiv, synes i første rekke "benefits" å materialisere seg i form av innsparinger på helse-, trygde- og sosialbudsjetter. Det kan her være grunn til å minne om at ut fra dagens norske normalsatser vil ett innspart hospitaliseringsdøgn dekke 5-6 ukers poliklinisk basert psykoterapi, gitt en samtalefrekvens på en time pr. uke.

Imidlertid, definitive og entydige svar på de spørsmål jeg her har reist forutsetter både mer og kvalitativt sett bedre forskning enn den vi har pr. idag. Hertil kommer behovet for at forskningen tilrettelegges spesielt

med henblikk på (kanskje særegne) norske forhold. Hvorvidt forskningen i sin tur vil bli fulgt opp i form av praktiske og økonomiske tiltak, er derimot et spørsmål av faglig-etisk og - i videste forstand - politisk karakter.

REFERANSER

-----

- Bergin, A.E. The evaluation of therapeutic outcomes. I: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.). Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1971. Pp. 217-270.
- Bergin, A.E. & Garfield, S.L. Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: John Wiley & Sons, 1971.
- Cleveland, S.E. Reflections on the rise and fall of psychodiagnosis. Professional Psychology, 1976, 7 (3), 301-318.
- Cooper, N.A. Prolonged ideal versus short-term realistic psychotherapy. Professional Psychology, 1977, 8, (4), 491-501.
- Davanloo, H. (Ed.) Short-term dynamic psychotherapy. New York: SP Medical & Scientific Books, 1978.
- Eysenck, H.J. The effects of psychotherapy: An evaluation. Journal of Consulting Psychology, 1952, 16, 319-324.
- Folette, W.T. & Cummings, N.A. Psychiatric services and medical utilization in a prepaid health plan setting. Medical Care, 1967, 5, 25-35.
- Garfield, S.L. Clinical psychology: The study of personality and behavior. Chicago: Aldine Publishing Company, 1974.
- Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (Eds.) Handbook of psychotherapy and behavior change. Second edition. New York: John Wiley & Sons, Inc. 1979.
- Ginsberg, G. & Marks, I. Costs and benefits of behavioural psychotherapy: A pilot study of neurotics treated by nurse-therapists. Psychological Medicine, 1977, 7, 685-700.

- Hadley, S.W. & Strupp, H.H. Evaluations of treatment in psychotherapy: Naivité or necessity? Professional Psychology, 1977, 8, 478-490.
- Karon, B.P. & VandenBos, G.R. The consequences of psychotherapy for schizophrenic patients. Psychotherapy, 1972, 9 (2), 111-119.
- Karon, B.P. & VandenBos, G.R. Treatment cost of psychotherapy versus medication for schizophrenics. Professional Psychology, 1975, 6, 293-298.
- Karon, B.P. & VandenBos, G.R. Cost/benefit analysis: Psychologist vs. psychiatrist for schizophrenics. Professional Psychology, 1976, 7 (1), 107-111.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. Comparative studies of psychotherapy. Archives of General Psychiatry, 1975, 32, 995-1008.
- Malan, D.H. A study of brief psychotherapy. London: Tavistock Publications, 1963.
- Malan, D.H. The frontier of brief psychotherapy. London: Plenum Medical Books, Co. 1976.
- Marks, I.M. Phobic disorders four years after treatment: A prospective follow-up. British Journal of Psychiatry, 1971, 118, 683-688.
- Marks, I.M., Hodgson, R. & Rachman, S. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure. A two-year follow-up and issues in treatment. British Journal of Psychiatry, 1975, 127, 349-364.
- Marks, I.M., Hallam, R.S., Philpott, R. & Conolly, J. Nursing in behavioural psychotherapy. London: Research Series of Royal College of Nursing, 1977.
- Meltzoff, J. & Kornreich, M. Research in psychotherapy. New York: Atherton Press, Inc., 1970.
- National Institute of Mental Health. Program evaluation in the state mental agency. Rockville, Maryland, 1977.
- Sifneos, P.E. Short-term psychotherapy and emotional crisis. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1972.
- Smith, M.L. & Glass, G. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. American Psychologist, 1977, 32, 752-760.

- Strupp, H.H. Psychotherapy. Morristown, N.J.: General learning press, 1972.
- Strupp, H.H. & Bergin, A.E. Some empirical and conceptual bases for coordinated research in psychotherapy. International Journal of Psychiatry, 1969, 7, 18-90.
- Strupp, H.H. & Hadley, S.W. A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to negative effects in psychotherapy. American Psychologist, 1977, 32, 187-196.
- Uhde, A. Om helseøkonomiske analyser og økonomiske og etiske problemer forbundet med disse. I: A. Ringen (Red.): Helsepolitikk og samfunn. Oslo: Tiden Norsk Forlag, 1978.

## DEBATT

### Margaretha Tschudi:

Aina Uhde sa at det burde være opp til den enkelte person eller institusjon å sette igang prøveprosjekter og vurdere verdien og kostnadene. Men prøveprosjekter koster også penger, og jeg lurer på hvordan man skal få til det.

### Aina Uhde:

Et prøveprosjekt som settes igang - det kan f.eks. være et nytt behandlingsopplegg som alternativ til et eksisterende - vil vanligvis føre til endringer på både kostnadssiden og nyttesiden. Når et prosjekt velges satt i gang på prøvebasis må det innebære at forventet nytteøkning er større enn evt. forventet kostnadsøkning. Dersom prøveprosjektet medfører økte kostnader og institusjonen har en utenfra gitt budsjetttramme, betyr det at ressurser i prøveperioden må tas fra andre behandlingsopplegg. Den negative effekt dette forventes å ha på andre pasienters fremtidige helsetilstand vil i dette tilfellet representere prosjektets kostnadsside. Hvis man skal kunne få bedret de behandlingstilbud som idag ytes, er man nødt til å sette igang prøveprosjekter. De fleste endringer i behandlingsopplegg skjer jo på grunnlag av forutgående prøveprosjekter. Men det er klart at det ved prøveprosjekter er en kostnad som man må ta i betraktning.

### Margaretha Tschudi:

Det jeg lurte på var hvordan man skal få dekket kostnadene.

Aina Uhde:

Dersom et prøveprosjekt krever ekstra ressurser og disse ikke kan bli tilført utenfra, må som sagt ressurser tas fra andre behandlingsopplegg. Vi kommer neppe utenom en avveining mellom ulike pasientgrupper og den behandling som kan ytes disse. Ethvert detaljert budsjett for en institusjon har jo innebygget i seg en slik avveining. Hensikten med prøveprosjekter må være at man på sikt får en fordeling av ressurser på ulike behandlingsopplegg slik at man oppnår størst mulig "nytte" innenfor en gitt budsjettramme.

Fritz Johannessen:

Man finner altså at en relativt moderat innatts av psykoterapi på voksne gir godt utbytte, både terapeutisk og økonomisk. Er det gjort noen tilsvarende undersøkelser av kostnad-nytte-forholdet ved forebyggende tiltak for barn? Slike tiltak er jo mye billigere for samfunnet enn hospitalisering av voksne, men likevel kan man trenge sterke argumenter for å få penger til tiltakene. Jeg mener gevinsten ved både terapi og forebyggende arbeid med barn må være enda høyere enn for voksne, fordi de har hele sitt yrkesaktive liv foran seg.

Geir Nielsen:

Jeg vil gjerne få svare med det samme siden Johannessen kommer med et konkret spørsmål. I det jeg kom over gjennom min litteratursøkning, var der ikke noe som gikk på barn. Når det gjelder evalueringsforskning innenfor feltet "community-psykologi", så er der imidlertid en hel del prosjekter og tiltak som har vært opptatt av miljømanipulasjoner. I evalueringen av disse er i flere tilfeller kostnad-nytte analyser blitt benyttet. Undersøkelser foreligger altså, men hvordan resultatene ser ut har jeg dessverre ikke oversikt over. Det er imidlertid ikke vanskelig å spore dem opp. Faktisk er det utført langt flere økonomisk anlagte undersøkelser på det området du her nevner enn vedrørende psykoterapi i snever forstand.

Sigmund Vangsnes:

Jeg synes det foredraget som Geir Nielsen holdt dekker et viktig opplysningsbehov. Det er mange av oss som ikke vet at slike undersøkelser er mulige. Vi vet ikke at de foregår, og vi vet ikke at de viser så positive resultater med hensyn til psykoterapi. Dette foredraget bør holdes mange steder, bl.a. for Helsedirektoratet og Finansdepartementets økonomiavdeling.

Erik Larsen:

Jeg synes Geir Nielsens foredrag var meget spennende og frustrerende samtidig. Jeg ble litt redd for ditt spørsmål, Fritz Johannessen, når du skal begynne å se på effekten i forhold til barn og terapi, fordi jeg ikke tror vi kan se på terapi som en slags vaksine mot livet. Om man trekker tidsperspektivet for langt, så kan den forskningen bli farlig på et vis. Jeg tror det er riktigere å se på barns rettigheter som samfunnsprinsipp og politikk, litt uavhengig av forskning. Jeg tror vi kommer i en umulig situasjon hvis vi blir mer ambisiøse enn det Geir Nielsen la opp til - fordi en evaluering av livet er egentlig et filosofisk problem og ikke et metodisk-psykologisk problem. Jeg vil bare mane til litt forsiktighet.

Fritz Johannessen:

En replikk til det: Det er opplagt en misforståelse. Jeg tenkte ikke på psykoterapi i snever forstand slik som disse undersøkelsene viste til, men alle typer tiltak som settes i verk i psykologers regi til fordel for barn i lokalmiljø.

Carl Erik Grennes:

Litt annerledes enn Larsen mener jeg at det ikke er et spørsmål om å måle livet, men et spørsmål om politiske vurderinger, om verdier. Det er tydeligvis økonomisk lønnsomt for mange samfunn å ha flest mulig i skolegang, flest mulig i militæret - og etterhvert så lønner det seg å ha mange arbeidsløse som går på trygd. Hvordan stiller psykologer seg til denne type vurderinger? Ut fra hva som ligger under ideene om psykologisk arbeid, synes jeg det er klart at vi ikke tar opp disse



verdimessige vurderinger. Derimot tar vi opp begreper om lykke, liv osv. og hevder at disse er mer verdifulle enn det som kan måles i kroner og øre ut fra samfunnsmessige betraktninger. Psykologene må få en begripelse av hvordan deres innsats i terapi eller andre former for virksomhet på et eller annet vis skal endre de økonomiske vurderinger som ligger til grunn for det meste av det vi gjør. Før vi får det, blir alle slike vurderinger av terapieffektivitet o.l. belastet med den type sirkularitet som det siste foredraget viste. Jeg ønsker at vi tok et skritt utenfor denne rammen for foredraget og beskrev hva vi ønsker å bryte ned av forestillinger om hva som er verdifullt i dette samfunnet. Da er det ikke mulig som Erik Larsen å snakke abstrakt om "livet". Den eneste muligheten vi har er å snakke om virksomheter som bedømmes og vurderes innenfor et politisk domene. Vi er nødt til å bruke de begreper som er gjengs innenfor den politiske diskusjon og ta stilling til dem.

#### Turid Grinde:

Jeg oppfatter det som spørsmål om Helsedirektoratet i det hele tatt vet at det er noe som heter "cost-benefit" analyser. Det gjør det selvfølgelig. Selv om det først og fremst har vært argumentert faglig, har "cost-benefit" også blitt trukket inn når en har arbeidet for en vektforskyvning fra institusjonsbehandling til mer poliklinisk behandling, og ved tilrettelegging for en friere vurdering av hvordan ressursene skal disponeres. Dette er en omfattende omlegging. Når det gjelder sammenliknende vurderinger av effekten ved ulike former for psykoterapi, har vi vel mindre informasjon. Undersøkelser med slik evaluering er selvsagt av interesse for helsemyndighetene.

#### Aina Uhde:

Jeg vil gjerne komme med en kommentar til Grennes. Så vidt jeg oppfattet ham, sa han at det var økonomisk lønnsomt å la folk gå arbeidsløse eller arbeide i det militære. Under visse forutsetninger - avhengig av hva alternativene er - kan det siste være riktig. Men det kan aldri være samfunnsøkonomisk lønnsomt å la folk gå arbeidsledige. Det representerer sløsing med ressurser. Når dette skjer kan det skyldes at vi ikke har klart å planlegge og styre samfunnet godt nok.

Ivar Lie:

Jeg tror de to foredragene har vært nyttige bidrag for oss psykologer - ikke minst som utfordring til mer systematisk analyse av vår profesjon og dens plass i samfunnslivet. Vi må vokte oss for i utgangspunktet å avvise økonomiske analyser av den typen som er blitt presentert i dag, ved raskt å henvise til at verdiene av psykologisk arbeid ikke kan måles i kroner og øre. Selv er jeg for tiden engasjert i et prosjekt hvor det vil bli forsøkt foretatt evaluering også av såkalt "myke" verdier. Det gjelder utprøving av en modell for et statlig formidlingsapparat for tekniske hjelpemidler for funksjonshemmede. Prøveprosjektet, som er lagt til Telemark fylke, vil bli underlagt en "cost-benefit" analyse som er basert på de funksjonelle effekter av formidlingsarbeidet. Sentrale funksjonelle data er grad av øket selvstendighet, belastningsreduksjon og utvidet aksjonsradius som følge av tilpassing av tekniske hjelpemidler.

Erik Larsen:

Jeg har en kommentar til Carl Erik Grennes som kort sagt er at jeg ikke ønsker å "brekke nakken" eller falle hen i apati. Ideelt sett er jeg enig med ham i at det er skjevheter i det norske samfunn som genererer psykopatologi og avvik, men det er udiskutabelt. I den praktiske hverdag som psykolog har jeg liten tid til å gjøre noe med det, jeg gjør det i beskjeden grad på fritiden. Et eksempel er karaktergivning i skolen, som ut fra en Gauss-kurve skal gi 4% av elevene "Lite godt" i fag. Det betyr innenfor min referanseramme en risikogruppe i forhold til narkotikamisbruk. Det sier jeg i foredrag enkelte ganger, men skulle jeg gå inn i skolen og gjøre noe med det, så ville jeg sikkert "brekke nakken". Som psykolog må jeg arbeide innenfor visse rammer.

Aina Uhde:

En skikkelig evaluering av et prosjekt, dvs. en evaluering hvor økonomiske virkninger trekkes inn på en faglig forsvarlig måte kan antagelig bare skje ved et samarbeid mellom psykolog og økonom. De utenlandske analyser foretatt av psykologer og som Geir Nielsen har redegjort for, inneholder en rekke feil som ofte begås, bl.a. i definisjon av hva som skal regnes som samfunnsøkonomiske kostnader og inntekter ved et prosjekt. Siden det idag er svært få nytte-kostnadsanalyser som har vært foretatt for prosjekter innen psykologi og siden de som eksisterer er beheftet med alvorlige mangler, står vi her overfor et område hvor vi har gode muligheter for å gjennomføre forskningsprosjekter som absolutt vil kunne konkurrere med hva som idag finnes i den internasjonale litteratur.

Geir Nielsen:

Jeg har i grunnen bare lyst til å si meg smigret over den voldsomme tiltro Grennes viser meg ved å forvente at jeg gjennom et kort sluttinnlegg skal makte å formulere hva jeg mener om det norske samfunn i sin alminnelighet. Takk skal du ha!

## SEMINAR OM PSYKOLOGPROFESJONEN

på Sundvolden hotell, 29. - 31. mars 1979

## DELTAKERLISTE

Innledere

Universitetslektor Bente Alver, Etno-folkloristisk inst., Univ. i Bergen  
 Professor Bjørn Christiansen, Psykologisk inst., Univ. i Bergen  
 Psykolog Einar Dannevig, Tønsberg  
 Sjefspsykolog Arnljot Gjesvik, Linderud psyk. poliklinikk, Oslo  
 Psykoanalytiker Peter Andreas Holter, Oslo  
 Professor Ivar Lie, Psykologisk institutt, Univ. i Oslo  
 Amanuensis Anni von der Lippe, Psykologisk institutt, Univ. i Oslo  
 Psykolog Nils Peter Marstrander, Institutt for Org. utvikling, Oslo  
 Pedagogisk-psykologisk rådgiver Jossi Mordal, Skolepsyk. kontor, Asker  
 Sjefspsykolog Geir Nielsen, Psykologisk institutt, Univ. i Bergen  
 Dosent Aina Uhde, Institutt for økonomi, Univ. i Bergen

Andre deltakere

Psykolog Thorbjørn Axelsen, Psykologisk institutt, Univ. i Oslo  
 Høgskolelektor Solveig Askjem, Rådet for sos.arb.utdanning  
 Konsulent Bergljot Baklien, NAVF's utredningsinstitutt  
 Konsulent Karen Nossum Bie, NAVF's utredningsinstitutt  
 Amanuensis Carl-Martin Borgen, Psykologisk institutt, Univ. i Oslo  
 Konsulent Ellen Brandt, NAVF's utredningsinstitutt  
 Dosent Leif Braaten, Psykologisk institutt, Univ. i Oslo  
 Sjefspsykolog Vigdis Bunkholdt, Psykologisk institutt, Univ. i Bergen  
 Vit.ass. Bjørn Eilertsen, Psykologisk institutt, Univ. i Bergen  
 Professor Hans Jørgen Gjessing, Psykologisk institutt, Univ. i Bergen  
 Dosent Carl Erik Grennes, Psykologisk institutt, Univ. i Oslo  
 Byråsjef Turid Vogt Grinde, Sosialdepartementet  
 Psykolog Haktor Helland, Norsk Gerontologisk institutt  
 Psykolog Finn Hesselberg, Pedagogisk-psykologisk kontor for Valdres  
 Amanuensis Per Otto Hillestad, Psykologisk institutt, Univ. i Bergen  
 Sosiolog Dag Hofoss, Gruppe for helsetjenesteforskning, NAVF  
 Professor Harriet Holter, Psykologisk institutt, Univ. i Oslo  
 Psykolog Fritz Johannessen, Opegård Skolekontor  
 Vit.ass. Bjørn Reidar Karlson, Psykologisk institutt, Univ. i Bergen  
 Professor Svein Kile, Psykologisk institutt, Univ. i Bergen  
 Psykolog Halvor Kjølstad, Psyk. klinikk, Vindern  
 Professor Hallgrim Kløve, Psykologisk institutt, Univ. i Bergen  
 Psykolog Erik Larsen, Sosialbygget  
 Førstelektor Arild Lian, Psykologisk institutt, Univ. i Oslo  
 Konsulent Arne Martinsen, NAVF

Psykolog Åse-Marit Nygård, Helsedirektoratet, kontoret for psykiatri  
Psykolog Sissel Reichelt, Lillehagen poliklinikk, Sandvika  
Psykolog Sigrid Sandsberg, Larkollen  
Førstekonsulent Ole Johan Sandvand, NAVF's utredningsinstitutt  
Professor Jan Smedslund, Psykologisk institutt, Univ. i Oslo  
Konsulent Bjørn Smith-Simonsen, NAVF  
Psykolog Paulus Steen, Vensmoen hjem for åndsvake  
Overlege Per Sætness, Oslo Helseråd  
Psykolog Gunnar Sørbotten, Lillehammer Fylkessykehus  
Konsulent Steinar Tamsfoss, NAVF's utredningsinstitutt  
NAVF-stipendiat Arild Tjeldvoll, Pedagogisk forskn.inst., Univ. i Oslo  
Skoleinspektør Reidar W. Torp, Skoleadministrasjonen i Bærum  
Psykolog Margaretha Tschudi, Oslo Helseråd  
Sjefpsykolog Gjermund Tveito, Oslo Helseråd  
Psykolog Camilla Voss, Barne- og ungdomspsyk. poliklinikk, Førde  
Spesialpsykolog Arne Walle, Administrativt forskningsfond

#### Sekretariat

Anne Marie Ivås, NAVF's utredningsinstitutt  
Tor Kobberstad, NAVF's utredningsinstitutt  
Turid Larsen, NAVF's utredningsinstitutt  
Sigmund Vangsnes, NAVF's utredningsinstitutt

## ANDRE PUBLIKASJONER UTGITT AV NAVF'S UTREDNINGSINSTITUTT

- Meldinger:
- 1979:1 - Norske studentar og kandidatar i 1978
  - 1979:2 - Forskning og utredningsvirksomhet ved sykehus utenfor universitetssektoren
  - 1979:3 - Arbeidsmarkedet et halvt år etter eksamen
  - 1979:4 - Rekrutteringspersonalet i matematisk-naturvitenskapelige fag
  - 1979:5 - Scientific Expertise and the Public. Conference proceedings
  - 1979:7 - Yrkesundersøkelse for realister
  - 1979:8 - Rikard Stankiewicz: Social Processes of Utilization of Scientific Knowledge. A theoretical essay

- Notater:
- 1/1979 - Samfunnsvitenskapelig forskning i Norge 1977 - personale og utgifter
  - 2/1979 - Matematisk-naturvitenskapelig forskning i Norge 1977 - personale og utgifter
  - 3/1979 - Medisinsk forskning i Norge 1977 - personale og utgifter
  - 4/1979 - En oversikt over departementenes prosjektbevilgninger til forskning, forsøk og utredningsarbeid m.v. i 1979
  - 5/1979 - Høyere utdanningsinstitusjoner og forskningsinstitusjoner i Norge. Fylkesvis oversikt
  - 6/1979 - Humanistisk forskning i Norge 1977 - personale og utgifter
  - 7/1979 - Statsbudsjettet for 1980. Oversikt over bevilgningsforslag for institusjoner med forskning

### Tidligere utgitt bl.a.

- Meldinger:
- 1975:1 - Research Relevant to Developing Countries. A Catalogue of Research Projects
  - 1975:2 - Tor Kobberstad: Arbeidsmuligheter for kandidater med juridisk og samfunnsvitenskapelig utdanning. Sammenfatning og konklusjoner

- 1975:3 - Høyere utdanning og arbeidsmarked - en seminarrapport
- 1975:4 - Norske forskere i 1960-årene - rekruttering og mobilitet
- 1975:6 - Yrkesundersøkelse for filologer i 1973
- 1975:8 - Hans Skoie and Arild Steine: Some Notes on Norwegian Social Science. Development and Utilization Considered in a Scandinavian Context
  
- 1976:1 - Arild Oma Steine: Ideal og realitet i norsk forskningspolitikk. En studie av Hovedkomitéen for norsk forskning
- 1976:2 - Ole Johan Sandvand: Distriktshøgskolene. Universitetskopier eller alternative institusjoner?
- 1976:4 - Norsk forskningspolitikk i lys av regjeringens forskningsmelding. En konferanserapport
- 1976:5 - Arbeidsmuligheter for filologer
- 1976:6 - Bergljot Baklien: Psykologprofesjonen og dens omgivelser
- 1976:7 - Tor Kobberstad: Etterspørsel etter ulike typer arbeidskraft
- 1976:11 - Ole Johan Sandvand og Hans Skoie: Samfunnsvitenskapelig forskning i Norge: Personale, finansiering og rekruttering
  
- 1977:2 - De nordiske land og internasjonalt organisert forskningssamarbeid
- 1977:5 - Yrkesundersøkelse for psykologer i 1976
- 1977:6 - Arild Oma Steine: De skandinaviske land og CERN's storakselerator 300 GeV
- 1977:7 - Profesjonalisering - samfunnsbehov eller gruppeinteresser. Konferanserapport
- 1977:9 - Forskningspolitiske spørsmål i norsk medisin

Humanistisk forskning 77. Prosjektkatalog

- 1978:1 - Stuart Blume: Science Policy Research
- 1978:3 - Arbeidsmarkedet 3 år etter eksamen for akademikere fra vårkullet 1974
- 1978:4 - Knut Eriksen: Beregnet etterspørsel etter utdannet arbeidskraft 1990

I samarbeid med de andre forskningsråd er det i 1979 utgitt:

FoU-statistikk: Forsknings- og utviklingsarbeid 1977 -  
utgifter og personale

Fullstendig publikasjonsliste kan fåes ved henvendelse til instituttet,  
adresse: Wergelandsveien 15, Oslo 1. Tlf. (02) 20 65 35.