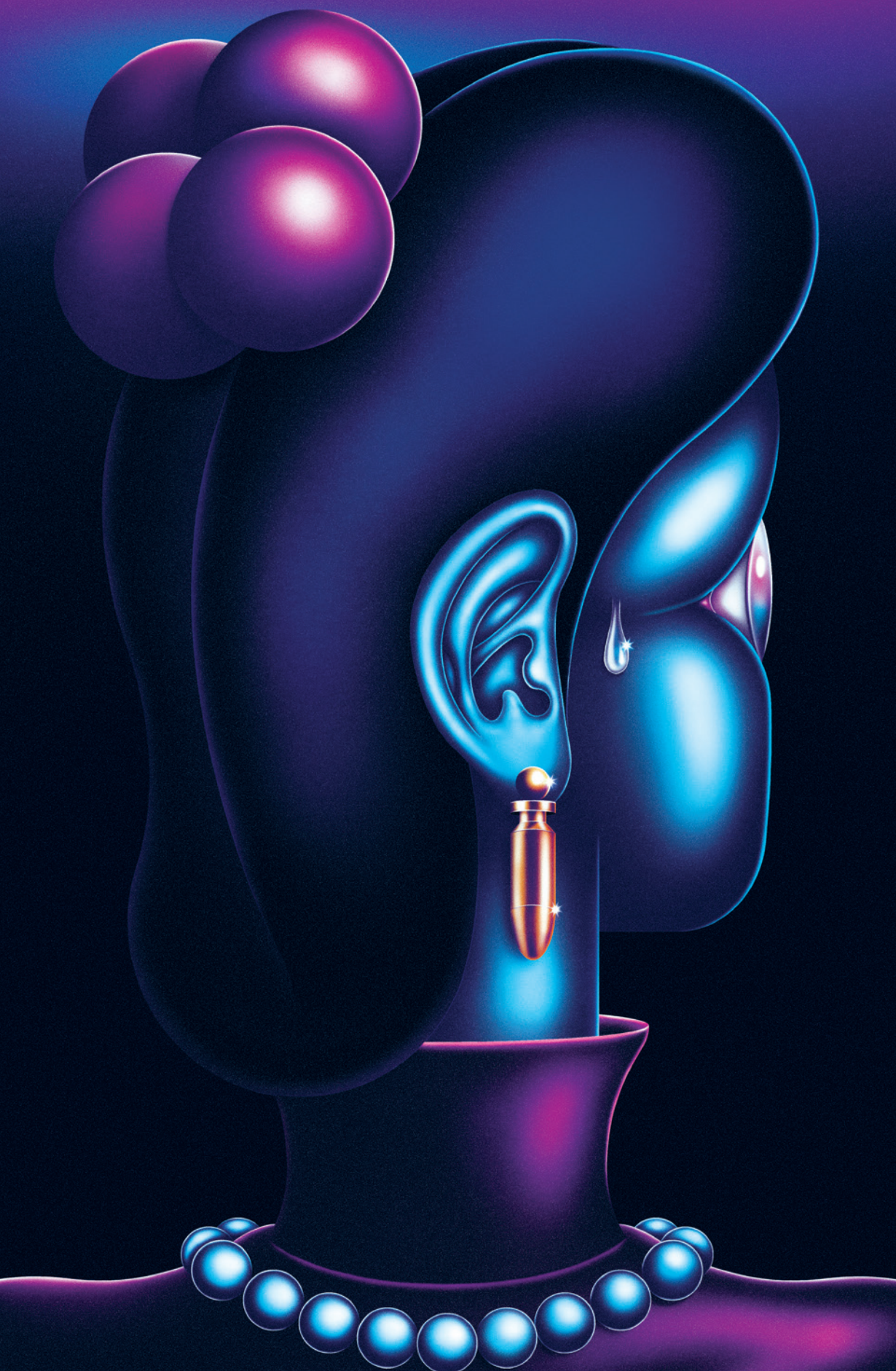


TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



PSY KOL OGI

Vol.57 nr.03 2020

Forskar om rusreforma:

Sjå til Island!

NO-intervjuet

DEN GÅTEFULLE HEDDA GABLER

Vitenskapelig artikkel

Raseri i terapi

Meninger

Psykedeliske rom

Bokessay

PSY KOL OGI

Vol. 57 nr. 03 2020

Konstituert sjefredaktør Per Olav Solberg,

perolav@psykologtidsskriftet.no, tlf. 950 88 575

Fagredaktører Ida Holth, ida.holth@psykologtidsskriftet.no, tlf. 930 23 429,

Vibeke Ottesen, vibeke@psykologtidsskriftet.no, tlf. 48 17 68 21

Bjørnar Olsen, bjornar@psykologtidsskriftet.no, tlf. 474 01 165,

Kjersti Solhaug Gulliksen, kjersti@psykologtidsskriftet.no,

tlf. 911 78 096 (I permisjon),

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

Øystein Helmikstøl, oystein@psykologtidsskriftet.no, tlf. 464 66 978

Redaksjonssekretær Nora Skjerdingsstad, nora@psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no

Markedskoordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,

e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Åshild Skogerbø, Stavanger universitetssykehus

Astrid Weber, Psykisk helse- og rusklinikken, Tromsø

Denne utgaven ble godkjent til trykk 21.02.2020

Omslagsillustrasjon Derek Ercolano

Form Bøk Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening (Journal of the Norwegian Psychological Association)

er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat,

Tekstreklameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell

fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening



Innhold

- 168 Rusproblem råker ikkje tilfeldig**
NO: Ove Heradstveit | Øystein Helmikstøl
- 170 Lærer å hjelpe seg selv**
Aktuelt | Per Olav Solberg
- 175 eMestring for alle penga**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 181 Identifisering av psykiske helsevansker hos personer med autismespekterforstyrrelser og psykisk utviklingshemming**
Evidensbasert praksis | Marianne Halvorsen & Sissel Berge Helverschou
- 190 En gang schizofren, ikke alltid schizofren**
Forskningsintervju | Nora Skjerdingsstad
- 193 Den gåtefulle Hedda Gabler**
Vitenskapelig artikkel | Ellen Johanne Hartmann
- 205 MENINGER**
Hovedinnlegg: Raseri og selvskading | Per Are Løkke (s. 207)
Debatt: Kronisk utmattelsessyndrom (s. 209), Pasientjournal (s. 211),
Psykologforeningen (s. 213), Psykisk helsevern (s. 214), Selvmords-
forebygging (s. 216)
Derfor: Lederkutt | Per Olav Solberg (s. 217)
- 219 INNTRYKK**
Bokessay: Arbeid og ekstase | Ivar W. Goksøyr (s. 220)
Bokanmeldelser: En juridisk tankevekker (s. 226), Radikalt nysgjerrig
på forebygging (s. 156)
- 231 Annonser**
- 237 Stillingsannonser**

170/175

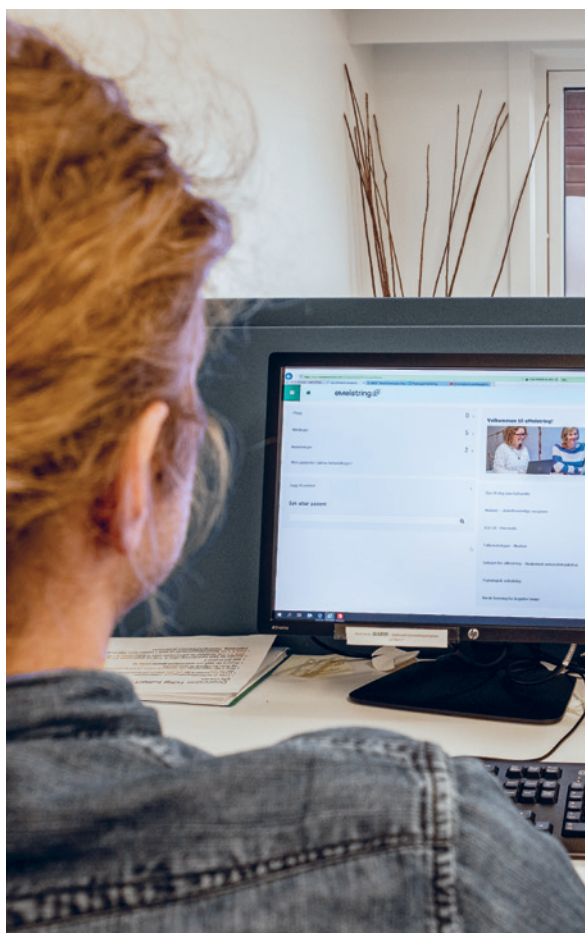


FOTO: NORA SKJERDINGSTAD

DIGITAL BEHANDLING

Står det en skjerm mellom fremtidens pasient og psykolog? eMestring er på full fart inn i psykisk helsevern.

Aktuelt

181



FOTO: SHUTTERSTOCK/NTB SCANPIX

SAMMENVEVD

Fagpersoner må nøste opp i hvilke symptomer som skyldes autisme, utviklingshemming eller en psykisk lidelse.

Evidensbasert praksis

193



FOTO: SKUESPILLER CLAIRE BLOOM I ROLLEN SOM HEDDA GABLER. WIKIMEDIA COMMONS

MYSTISK OG MASKULIN

Ibsen har ikke skapt Hedda-skikkelsen som alvorlig sinnslidende eller ond av natur, skriver Ellen Johanne Hartmann.

Vitenskapelig artikkel

220



FOTO: NORA SKJERPINGSTAD

ÅPNER SINNET

Psykedelika har altfor mye å lære det moderne mennesket til å forbeholdes syke, skriver psykologspesialist

Ivar W. Goksøyr i bokessayet om Michael Pollans (bildet) bok *Psykedelisk renessanse*.

Bokessay

NO OVE HERADSTVEIT

Rusproblem råker ikkje tilfeldig

Sjå til Island! Oppfordringa kjem frå ein rusforskar som er heilt ueinig, delvis einig og faktisk heilt einig med FrP-politikar Sylvi Listhaug om rus.

TEKST Øystein Helmikstøl

FOTO Nora Skjerdingsstad



UNGDOM, RUS OG PSYKISK HELSE Det er ikkje slik at all psykisk uhelse er ein risikofaktor for rus i ungdomstida, påpeiker rusforskar Ove Heradstveit.

– Korleis skal ein snakke med unge om rus? Skremme dei som på 70-talet?

– Nei. Skremsel har lite for seg. For ikkje lenge sidan var det vanleg med veldig skremselsprega budskap om at all narkotikabruk er livsfarleg og sterkt fordømt. Skremselen slår tilbake, og det ein då høyrer, er «ja, men alkohol er jo mykje farlegare». Faren er at me går frå ei sterk demonisering av narkotikabruk til noko som kan minne om ei form for ufarleggjering. Ingen av dei grøftene er fornuftige. Overdrivingar blir avslørt. Ungdom treng nyansert, sann informasjon om rus, både på godt og vondt. Både alkohol og narkotika er forbundne med potensielle skadeverknader. Dei treng òg å vite kva rusproblem gjerne handlar om: Rus blir ei løysing på problem i livet, men den blir ikkje ei løysing på lengre sikt.

Det handler òg om tillit. Held ein fast på skremsel, mister ein tilliten hos dei unge.

– Kva har psykisk helse med ungdom og rus å gjera?

– Mykje. At «rusproblem kan ramme alle», er ei myte. Rusproblem råker ikkje tilfeldig. Det heng saman med sårbarhet, ifølgje forskning og klinisk praksis. Det er heller ikkje slik at all psykisk uhelse er ein risikofaktor for rus i ungdomstida. Barn med atferdsproblem er ei særskilt risikogruppe, syner ein studie eg var med på. I motsetnad til barn med meir innadretta psykiske problem. Biletet er meir nyansert når det kjem til psykiske lidingar. Eg har òg sett på kva diagnosar som er ein risikofaktor. Depresjon og traumelidingar inkludert PTSD skilde seg heilt klart ut. Det er ikkje dei generelle psykiske plagene som driv unge inn i rus. Det er atferdsproblematikk og tunge plager der unge ser behov for sjølvmedisinering. Ein studie me held på med no, syner at blant ungdom som er i kontakt med barnevernet, har rus stor utbreiing.

– Du driv og snakker opp Island, har eg sett. Korfor det?

– Island er spesielle i omfanget på nedgang i rusbruk blant unge, og dei har gjort mykje rett. Dei var blant verstingane i Europa på rusbruk blant ungdom, og det vedkjente dei seg. No har pilene snudd. Ein kan alltid diskutera om det dei har gjort, er årsaka til nedgangen. Dei har satsa på å tilby unge eit anna innhald i livet. Utbygginga av aktivitetstilbud har

vore ganske formidabel, både på sport, fysisk aktivitet og kunst. I dette ligg det eit perspektiv som går på atferdsvanskar. Det er lett å tenkje at atferdsvanskar er noko me berre skal nedkjempe. Men det handler om å gje slike personar rom og moglegheiter.

Det har òg vore eit godt samarbeid mellom ulike nivå. Dei som jobber i kommunane, har jobba tett saman med politikarar og forskarar.

Ikkje minst har foreldre blitt gjevne ei viktig rolle i arbeidet. Dei har vore meir pedantiske til dømes om aldersgrenser for alkoholbruk.

– Kva meiner du om rusreforma i Noreg, som no er på trappene?

– Ideen og prinsippet om å erstatta straff med hjelp, støtter eg fullt ut. Straff gir berre tilleggsbelastningar for rusavhengige. Det er overmodent med tiltak som er i tråd med rusreforma. Men det er òg viktig å diskutera andre spørsmål, som også utvalet sjølv diskuterer grundig i rapporten: Kva blir verknaden av avkriminalisering? Potensielt senker ein terskelen for når unge prøver narkotika. Det er viktig at me ikkje snakker om ei legaliseringsreform. Det er fornuftig at narkotikabruk fortsatt skal være ulovleg, noko som nettopp skil avkriminalisering frå legalisering. Forsking viser at det er grunn til å tru at legalisering heng saman med økt bruk av narkotika. Men avkriminalisering treng ikkje få dei same konsekvensane, ifølgje forskning. Rapporten er open om at det er mykje me ikkje veit her. Eg er primært positiv til reforma, men det er viktig å gjere grepa for at det ein er redd for, ikkje skal skje.

– Er du for å avkriminalisera narkotikabruk?

– Det er eit vanskeleg spørsmål. Eg vil seie ja for gruppa rusavhengige. Samtidig er det eit dilemma korleis ein må gjere det overfor ungdom. I mandatet til rusreformutvalet vart det lagt til grunn at det skulle vere ei form for avkriminalisering. Premissen var allereie lagt. Utvalet skulle diskutere innhaldet i ei avkriminaliseringsreform.

– Det er ein større openheit no enn for få år sidan for psykedelika i terapi. Kva synest rusforskaren om det?

– Det er ikkje noko prinsipielt i vegen for at narkotiske stoffer kan inngå i medisinsk behandling. Ein nyttar amfetamin i behandling av ADHD og morfin i smertebehandling. Status

Kvifor NO?

- Rusreformutvalget si utgreiing er sendt på høyring til 2. april i år. Målet er å få på plass nødvendige vedtak og lovendingar innan sommaren 2021.
- Ove Heradstveit har nettopp gitt ut boka *Ungdom og psykisk helse* saman med psykologane Lars Øhickers og Liv Sand.
- Psykologspesialist Ove Heradstveit har doktorgrad i ungdom, rus og psykisk helse og er forskar ved RKBU Vest (Regionalt kunnskapssenter for barn og unge)/NORCE og Regionalt kompetansesenter for rusmiddel-forskning i Helse Vest (KORFOR).

er at ein ikkje veit nok om til dømes effekt av MDMA på PTSD, ifølgje ein oversikts-studie som kom i slutten av 2019¹. Anekdotar som «MDMA virker» og «Cannabis er bra for psykisk helse» held ikkje. Ein må stille høge krav til dokumentasjon før ein meiner at dette er noko ein vil gå for. Status for cannabis som hjelp for psykiske lidningar er ikkje overtydande, ifølgje ein annan oversikts-studie, som også kom seint i fjor². Derimot er det evidens for ein del biverknader, viss ein samanliknar bruk av cannabis med placebo.

– Du var einig med dåverande folkehelseminister Sylvi Listhaug (FrP) om rus, las eg i VG. Det er langt mellom psykologar som er einig med henne i noko som helst.

– Vel, det er ei sanning med modifikasjonar at eg er einig med henne.

Eg er *ikkje einig* med henne i det meir overordna. Eg trur ikkje at me kan skremma unge til ikkje å prøve narkotika. Peikefingeren verkar ikkje. Eg er *delvis einig* med henne i at det verkar som ein del unge trur at narkotika er på god veg til å bli lovleg i Noreg. Ungdom kan ha misforstått kva rusreforma er: Det er ei avkriminaliseringsreform, ikkje ei legaliseringsreform. Eg er *heilt einig* med henne i at foreldre har ei viktig rolle i rusførebyggjing. Her vil eg støtte opp om Listhaug og seie at mykje forskning viser samanheng mellom foreldrepraksis og rusbruk blant ungdom.

– Kva parti har den beste ruspolitikken?

– Eg vil ikkje peike ut eit bestemt parti. Men stem på dei som ser psykisk helse og rus i samanheng, og som prioriterer innsats inn i det arbeidet meir enn gjennom sjekklister. Eg er kritisk til at ein erstatter oppbygging av hel-sevesenet med folk og ressursar, med tru på at ei uendeleg effektivisering er løysinga, gjennom sjekklister og rapporteringskrav.

Og ein kan ikkje førebyggje rusproblem blant unge med ulike former for skremselstiltak og peikefingrar. ✘

-
- 1 Sessa, B., Higbed, L., & Nutt, D. (2019). A review of 3, 4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-assisted psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 138.
 - 2 Black, Nicola et al. (2019). «Cannabinoids for the treatment of mental disorders and symptoms of mental disorders: a systematic review and meta-analysis.» *The Lancet Psychiatry* 6.12, 2019: 995–1010.



MER BEHANDLING Avdelingssjef ved DPS Vestfold, Lene Nyegaard Andersen, mener eMestring kan effektivisere behandling både i første- og andrelinjen.

Lærer å hjelpe seg selv

I eMestring er det ikke relasjonen med behandler som er nøkkelen til bedring hos pasienten. – Det handler om å ta ansvar for seg selv og ha et aktivt eierskap til problemene sine, sier Lene Nyegaard Andersen, avdelingssjef ved DPS Vestfold.

TEKST OG FOTO

Per Olav Solberg

DPS VESTFOLD har holdt på med eMestring siden 2014. Lider pasienten av depresjon, panikkklidelse eller sosial angst, er sjansen god for å få et eMestringstilbud.

– For disse lidelsene er eMestring nå førstevalget i klinikken. Det betyr at vi anbefaler pasi-

entene dette tilbudet dersom vi mener pasienten oppfyller vilkårene for å starte med denne behandlingsformen, sier Nyegaard Andersen som stiller opp til intervju med Psykologtidsskriftet sammen med psykologspesialist Andreas Petersen.

300 personer er registrert med én av de tre nevnte diagnosene i DPS Vestfold, og 60 av dem (20 prosent) er for tiden i et eMestringsforløp.

IKKE ONLINE-TERAPI

eMestring har i prinsippet ingenting med nettbasert ansikt til ansikt-terapi å gjøre, gjennom for eksempel Skype. I et vellykket eMestringsforløp har ikke pasienten visuell kontakt med sin behandler før avslutningssamtalen. I enkelte tilfeller gjennomføres det polikliniske konsultasjoner underveis i forløpet.

Opplegget er som følger: Pasienten blir henvist til DPS Vestfold fra fastlegen. Etter to til seks uker får pasienten en halvdagsutredning på DPS. Dersom pasienten har en lidelse det tilbys eMestring for, kan behandlingen starte samme dag. Da får pasienten tilgang til nettbaserte eMestringsmoduler for den aktuelle lidelsen. For depresjon er det åtte moduler pasienten skal gjennom. Én modul tar ideelt sett én uke og består av en blanding av psykoedukasjon og praktiske oppgaver pasienten gjennomfører. Pasienten rapporterer hvordan det går, via en meldingstjeneste som behandleren kan lese og veilede ut fra. Og slik fortsetter det til pasienten har gjennomført alle modulene, helst innen 14 uker etter oppstart.

– En helt sentral del av eMestring er at pasienten selv må formulere hva som er målet med behandlingen. «Hva ønsker jeg å få til?» Det må pasienten tenke gjennom. Og videre: «Hva skal jeg gjøre for å komme nærmere dette målet?» Behandlingen blir svært konkret og målrettet ut fra de målene som settes. Tradisjonell terapi har i for stor grad hatt som utgangspunkt at pasienten kommer til psykologen, og så skal psykologen gjøre deg frisk. Pasienten havner lett i en passiv posisjon. I eMestring er målet at vi som behandlere skal stimulere til egenmestring og aktivisering hos pasientene, at de selv tar kontroll og ansvar for livet sitt, sier Nye-gaard Andersen.

Pasienter som ikke gjennomfører eller som ikke har virkning av eMestring, får et etterfølgende tilbud om ansikt til ansikt-behandling, individuelt eller i gruppe, forklarer avdelings-sjefen videre. Men hvor godt virker eMestring?

ANGST TRUMFER DEPRESJON

Studier knyttet til eMestring foretatt av Tine Nordgreen og kollegaer viser at 41 prosent av pasientene som lider av depresjon, rapporte-

rer betydelig bedring etter å ha gjennomført eMestringsmodulene, mens tilsvarende tall for angstlidelser er 66 prosent for sosial angst og 56 prosent for panikkangst. Egne oversikter ved DPS Vestfold viser samme tendens, ifølge Nye-gaard Andersen.

– *Hvorfor er tallene mye bedre for angst enn depresjon?*

– Det er generelt tyngre å jobbe med depresjon enn angst, uavhengig av eMestring. En del av symptombildet for depresjon er at det er vanskelig for pasientene å aktivere seg selv, og skal eMestring fungere, er det helt avgjørende at pasienten tar tak i situasjonen sin. Hvis vi ser at eMestring ikke fungerer, må vi sette i gang med andre tiltak, som for eksempel vanlig samtaleterapi.

Det sier Andreas Petersen, som er én av ca. 30 terapeuter som har et knippe pasienter i såkalt veiledet internettbehandling, et annet ord for eMestring.

– Det fine med eMestring er at vi som behandlere hele tiden kan sjekke ut hvordan det går med pasienten. Hvis vi ser at pasienten ikke har gjennomført en modul innen rimelig tid og ikke gjort noen av oppgavene som ligger til modulen, så er det et signal til oss om at vi må vurdere behandlingen og finne ut hva som har gått galt, sier han.

Når eMestring imidlertid fungerer, viser studier at denne behandlingsformen er mer effektiv enn tradisjonell behandling.

– eMestring kan vise til samme effekt som tradisjonell ansikt til ansikt-terapi, men metoden er langt mer effektiv. Hver terapeut kan »

eMestring ved DPS Vestfold

- DPS Vestfold er én av fem DPS-er i Norge som tilbyr eMestring.
- 60 pasienter er pt. i et eMestringsforløp ved DPS Vestfold, og 30 behandlere er utdannet eMestringssterapeuter.
- eMestring er utviklet i Helse Bergen under navnet «eMeistring». Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Sykehuset i Vestfold har samarbeidet med Helse Bergen om denne behandlingsformen siden 2012. Behandlere ved DPS Vestfold har hatt pasienter i eMestring siden 2014.

- I eMestring er målet at vi som behandlere skal stimulere til egenmestring og aktivisering hos pasientene

*Lene Nyegaard Andersen,
avdelingssjef ved DPS Vestfold*

behandle tre ganger så mange pasienter gjennom eMestring sammenlignet med vanlig behandling for disse tre lidelsene, sier Petersen.

Helseminister Bent Høie brukte første del av årets sykehustale på å løfte fram eMestring, og helt konkret DPS Vestfold som et eksempel på hvordan man kan jobbe annerledes for å få til mer effektiv behandling. Men er det ingen skjær i sjøen her?

«ONE SIZE FITS ALL»

eMestring bygger metodisk på kognitiv atferdsterapi (KAT), og alle de tre modulene som tilbys ved DPS Vestfold, har KAT som tilnæringsmåte.

- Metodemangfoldet er foreløpig lite innenfor eMestring. Er ikke det en ulempe for pasientene som kan ha ulike behov, selv om de har samme diagnose?

- For disse tre lidelsene er det god evidens ved bruk av KAT, og da man utviklet eMestringsprogrammene, var det innenfor KAT man begynte. Men det finnes jo tilsvarende behandling med andre teoretiske retninger andre steder, og som tar utgangspunkt i dynamisk og interpersonlig teori. Vi må huske at vi er helt i startfasen i dette digitale landskapet. Fellet vil utvikle seg mye de neste årene, både med tanke på hvilke lidelser eMestring vil inkludere, og hva slags metoder som ligger til grunn for de enkelte modulene. Om ikke lenge vil problematisk alkoholkonsum være et nytt eMestringstilbud hos oss, sier Nyegaard Andersen.

Petersen utdyper:

- Det vil være både i behandlernes og pasientenes interesse at mangfoldet innenfor eMestring øker. Nå er det litt sånn «one size fits all». For mange pasienter passer dette veldig bra, mens for noen hadde det vært bedre med mer skreddersøm. For eksempel finnes det ikke terapeutasistert eksponering som en del av eMestringsforløpet for panikkangst. For noen pasienter er dette en begrensning og gjør at dagens eMestringsprogram kanskje ikke passer helt for dem, sier han.

SKAPT FOR LAVTERSKELE?

Foreløpig er de aktuelle eMestringsprogrammene utviklet for spesialisthelsetjenesten, som tar imot pasienter med moderate og alvorlige lidelser. Men Nyegaard Andersen tror eMestring vil ha et stort potensial også i førstelinjen.

- Det er det liten tvil om. I Vestfold kan det være lang ventetid for å få psykologisk hjelp og bistand i førstelinjen. Det betyr at vi får en del pasienter hit som nok heller skulle fått et tilbud i kommunene, sier hun.

Nyegaard Andersen er tydelig på at eMestring er velegnet for milde til moderate psykiske lidelser, og mener at en god arbeidsdeling mellom førstelinjen og andrelinjen innenfor eMestring kunne gjort at flere fikk hjelp raskere.

- Vi vet allerede mye om hvor effektivt eMestring kan være når det fungerer. Vi har tidligere hatt kontakt med både Larvik og Sandefjord kommune for å få dem med oss på dette, men den gang var det tekniske begrensninger som gjorde det utfordrende. Noen kommuner i Vestfold har imidlertid begynt med andre assisterte selvhjelpsprogrammer. Jeg tror det kun er et spørsmål om tid før vi ser en omfattende utrulling av eMestring eller annen tilsvarende veiledet internettbehandling på kommunalt nivå, avslutter Nyegaard Andersen.

eMestring for alle penga

I årets sykehustale roser helseministeren eMestring opp i skyene. Er det veiledet internettbehandling som skal redde psykisk helsetjenester?

TEKST Per Halvorsen
FOTO Nora Skjerdingsstad



PÅ NETT eMestring er i vinden. På Bjørgvin DPS utenfor Bergen sitter ansatte klare for å ta i mot pasienter over nettet. Fra venstre Reidar Nævdal, Kjersti Skare, Øystein Stokkeland Duus og Hanne Gulbrandsen, alle ansatte ved Bjørgvin DPS.



– Internettformatet gjør det enklere å samle inn data, noe som er unikt i psykiatrien. Derfor kan vi dokumentere hva vi driver med

Viktor Kaldo



IKKE FOR ALLE Psykologiprofessor Viktor Kaldo ved Karolinska Institutet i Stockholm sier at internettbehandling ikke er for alle. Foto: Centrum för psykiatriforskning

- «eMestring er kroneksemplet på pasientens helsetjeneste». ¹
- «eMestring gjør at «terapeutene behandler tre ganger så mange pasienter som ved fysisk oppmøte.» ²
- «eMestring (...) vil kunne frigjøre ressurser og gjøre at man kan bruke mer tid på andre pasienter.» ³

Alle sitatene over er av helseminister Bent Høie i 2020. Vi ba fagfolk med ulik grad av eierskap til eMestring, uttale seg om fordeler og ulemper med teknologien.

IKKE FOR ALLE

- Internettbehandling er ikke for alle.

Det sier Viktor Kaldo professor i klinisk psykologi ved Linné universitetet i Växjö. Få har stått mer sentralt i utvikling av internettbehandling med kognitiv atferdsterapi i Norden enn nettopp han. Psykologiprofessoren er i dag tilknyttet Karolinska Institutet i Stockholm og har forsket på behandlingsformen siden 1999. Etter flere års utprøving, ble teknologien tatt i bruk på sykehus i Stockholms-området i 2007. Internettpsykiatrien som Kaldo og kolleger har utviklet, har stått modell for arbeidet med eMestring i Bergen

Kaldo er tydelig på at behandlingsformen har sine begrensninger.

- Man skal ha tilgang til nødvendig teknologi, og være grunnleggende komfortabel med å bruke den. Og er ikke pasienten interessert i denne måten å bli behandlet på, nytter det jo ikke. Motivasjon er grunnleggende i all terapeutisk virksomhet, sier han.

FORSKNINGEN HAR «EKSPLODERT»

Men han legger ikke skjul på de positive evalueringsresultatene – også internasjonalt – for teknologien som nå blir heiet fram av norske myndigheter.

- Alle som frivillig begynner internettbasert kognitiv atferdsterapi, har like god effekt som man har med tradisjonell kognitiv atferdsterapi, forutsatt at man får veiledning av en behandler, opplyser han.

Kaldo tror den stigende oppmerksomheten om veiledet internettbehandling, skyldes at forskningen på området har «eksplodert».

STANDARDISERT

- Behandlingen er mer standardisert enn vanlig terapeutisk behandling. Internettformatet gjør det enklere å samle inn data, noe som er unikt i psykiatrien. Derfor kan vi dokumentere hva vi driver med, sier han.

– Hvis behandlingen er standardisert, hvor enkelt vil det da være å tilpasse den til individuelle behov?

- «Standardisering» høres firkantet ut, men jeg mener det har sine fordeler. Andre terapiformer baserer seg i stor grad på å lære seg teknikker som terapeuten etterhvert gjør til sine egne. Hvor mye av det man opprinnelig lærte som vil være igjen når det har gått noen år, er usikkert, sier han og fortsetter:

.....

1–2 sykehustalen 2020

3 – Mindre tvang krever endrede arbeidsmåter, Tidsskrift for norsk psykologforening, Vol 57, nummer 1, 2020, side 10–11

– Det blir litt som da apotekerne i sin tid blandet sine egne medisiner. Du visste ikke helt hva du fikk. Det er lenge siden vi aksepterte en slik praksis.

INNSPARINGSPOTENSIAL, TJA

På sitt januarmøte i 2019 vedtok Beslutningsforum for nye metoder å godkjenne veiledet internettbehandling. Beslutningsforum er de regionale helseforetakenes ordning for å godkjenne behandlingsmetoder i somatisk og psykisk helsevern. Til grunn for avgjørelsen lå blant annet en kunnskapsoppsummering fra Folkehelseinstituttet.³ Der heter det blant annet at «Internettbehandling (med og uten terapeutveiledning) med kognitiv atferdsterapi ga større reduksjon av psykiske symptomer enn ansikt til ansikt-behandling».

Hva så med helseministerens argument om at e-Mestring kan bidra til å frigjøre ressurser som kan brukes på andre pasientgrupper?

FHI konkluderte med at budsjettkonsekvensene er usikre. «Økt bruk av terapeutveiledet internettbehandling kan føre til noen besparelser i form av reduserte reisekostnader.» I tillegg skriver de: «Det kan også føre til økning i antall pasienter som får behandling, og dermed *gi økning* (red. utheving) i de totale kostnadene.»

Viktor Kaldo tror politikerne har for store forhåpningene om å spare penger.

– Det er ikke sikkert at tidsbesparende internettbehandling gjør at man sparer penger. Det kan også innebære at man når flere som trenger hjelp. Med internettbehandling kan vi tilby behandling til syke mennesker som tidligere glapp unna behandlingsapparatet. Det vil kunne gi oss et mer rettferdig helsevesen, sier han.

METODEBEGRENSNING

I Vestfold er Arne Repål i ferd med å utvikle en modul for personer som vil lære seg å takle moderate alkoholproblemer. I Bergen er planen å utvikle en modul for behandling av søvnproblemer.

På internettpsykiatri.se, der Viktor Kaldo er en av utviklerne, fins det foreløpig en bredere vifte enn i Norge av tilstander som det tilbys behandling for. Den svenske psykologiprofessoren ser få begrensinger når det gjelder mulighetene.

.....

3 Folkehelseinstituttet (2018). <https://www.fhi.no/publ/2018/terapeutveiledet-internettbehandling-ved-psykiske-lidelser--en-fullstendig-/>

Hva er eMestring?

- eMestring er terapeutveiledet internettbehandling for panikktilstander, sosial angst og depresjon, for pasienter over 18 år.
- Behandlingen er utviklet ved Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen og inneholder samme elementer som ordinær kognitiv atferdsterapi. Forskjellen er at behandlingen og tilbakemelding fra behandler skjer via internett.
- Behandlingen er inndelt i kapitler. Pasienten må lese tekst og løse oppgaver.
- Behandlingen varer i opptil 14 uker.

Kilde: <https://helse-bergen.no/emeistring/om-emeistring>

– Det er vanskelig å se for seg et teknologien kan ha samme anvendelse i akuttpsykiatrien, men hvor mye besvær man har som følge av et psykisk problem, behøver ikke har så mye å si, så lenge man har et tilstrekkelig funksjonsnivå, sier Kaldo.

– *Teknologien er uløselig knyttet til kognitiv atferdsterapi (KAT). I det ligger det vel en form for metodebegrensning?*

– Jeg mener den innvendingen er feil. KAT dominerer som metode uansett om den knyttes til internettbehandling eller ikke. Det har å gjøre med at det er forsket så mye på KAT og at man kan dokumentere at den gir effekt. Men også andre terapimetoder har vist seg å fungere som internettbehandling, sier han.

FORENKLER PROGRAMMET

Det er ikke til å komme bort fra: For å kunne gjøre deg nytte av e-Mestring må du lese mye, kunne organisere deg selv og ha en evne å konsentrere deg. Da er det lett å tenke seg at noen pasienter blir ekskludert fra behandlingen. Psykologspesialist og førsteamanuensis ved Haukeland universitetssjukehus og Universitetet i Bergen, Tine Nordgreen, er eMestringens «founding mother» i Norge. Hun har stilt seg selv det samme spørsmålet.

– Vi har sjekket om eksempelvis sosioøkonomiske forhold som utdanningsnivå slår inn, men har ikke funnet noen sammenhenger ennå. Vi har foreløpig heller ikke funnet at evnen til å nyttiggjøre seg av eMestring blir »

– For oss er det viktigste å kunne nå flere med effektiv psykologisk behandling

Tine Nordgreen

påvirket av for eksempel alder eller symptomnivå før oppstart, opplyser hun.

– *Hva med de som er skoleleie, som sliter med konsentrasjon, folk med lese- og skrivevansker?*

– Vi jobber med å forenkle programmet. Eksempelvis erstatte deler av teksten med lyd-filer, videofiler og animasjoner sånn at det skal være lettere å bruke behandlingen. Det vil gjøre det enda mer fleksibelt og stedsuavhengig; mer tilpasset den enkeltes behov. Sånn sett mener jeg at vi stadig tar noen skritt nærmere «pasientens helsetjeneste», sier Nordgreen.

Sammen med kolleger ved Haukeland universitetssjukehus og andre sykehus i landet er hun i gang med å utvikle en modell som kan bidra til å spre eMestring til nye helseforetak og regioner. Nordgreen forteller at nye takster har gjort det mulig å utvide tilbudet.

– Til nå har det å tilby behandling på nett vært et minusprosjekt, opplyser hun.

INGEN QUICK FIX

– *Hva med innvendinger om at dette først og fremst er et verktøy for quick-fix-løsninger?*



FOR PASIENTEN Psykologspesialist Tine Nordgreen jobber med å gjøre tilbudet mer fleksibelt og tilpasset den enkeltes behov.

– Dette er vanlige bekymringer vi får høre. For eksempel fra psykologistudentene, som hvert semester kommer til eMeistringsklinikken for å lære om behandlingsmetoden, opplyser hun. Det vi prøver å formidle til studentene gjennom pasientevalueringer, pasienthistorier og terapeuterfaringer, er at det er hardt arbeid å gjøre store endringer i livet når man har hatt vanskene i 10–11 år, slik våre pasienter har. Så det er ingen quick fix, skriver Nordgreen i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Hun forteller at eMeistringsklinikken får tilbakemeldinger om at pasientene aldri har fått en så god forklaring på hva som faktisk skjer når de har panikkanfall.

– Det er noe som i seg selv reduserer angst og øker bevegelsesfriheten til den enkelte. Det ligger også normalisering i å forklare betydningen av selvfokus i sosial angst, en lidelse som for mange bringer med seg betydelig skam og isolasjon. For oss er det viktigste å kunne nå flere med effektiv psykologisk behandling, skriver Nordgreen.

Helse Bergen jobber nå med å legge til rette for at folk skal kunne ta direkte kontakt med behandlingsapparatet uten å gå om fastlegen og få en vurdering av om de har rett på helsehjelp. Dette for å unngå unødig ventetid. Fastlegen kobles på i ettertid.

EMOSJONELL INFORMASJON

Line Indrevoll Stänicke er psykologspesialist tilknyttet Lovisenberg sykehus/ Nic Waals Institutt og postdoc ved Universitetet i Oslo, der hun forsker på selvskading blant ungdom. Hun sier digitale løsninger kan senke terskelen og øke motivasjonen til å søke hjelp. Hun mener imidlertid det vil være problematisk om behandlingstilbudet ikke åpner for også å kunne ha direkte kontakt med terapeut.

– I møtet med terapeuten vil mye handle om å bli eksponert for det vi prøver å unngå; det som vi aldri tidligere har turt å snakke med noen om. Slik eksponering forutsetter ofte et fysisk møte. Hvis ikke kan terapeuten gå glipp av sentral emosjonell informasjon og pasienten mister en mulighet til å bearbeide vanskelige relasjonelle erfaringer, sier hun.

Ikke minst i ungdomsfasen mener hun menneskelig inntoning vil være viktig.

– Mange som kommer til oss, mangler motivasjon for behandling. De blir sendt av noen



SOSIALT ARBEIDSMILJØ Ansatte ved Bjørgvin DPS utenfor Bergen synes eMestring legger til rette for et sosialt arbeidsmiljø hvor man kan diskutere problemstillinger med hverandre. Fra venstre Reidar Nævdal, Kjersti Skare og Øystein Stokkeland Duus.

som er bekymret for dem. Ensomhet eller sosial utrygghet kan være en del av problemet. Da kan et fysisk møte der tillit utforskes og etableres over tid, være en viktig del av behandlingen, sier hun.

«DIGITALISERING AV PSYKEN»

Også spesialist i barne- og ungdomspsykologi, Per Are Løkke, er opptatt av hvilke konsekvenser metoden har i arbeidet med ungdom. Han mener det han kaller e-hjelp aldri kan bli noe mer enn en endimensjonal, og symptomfokuseret metode som kanskje kan hjelpe ungdommer man vanligvis ikke når.

– Samtidig er det jo nettopp disse ungdommene som trenger en annen type hjelp enn e-hjelp, skriver han i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Løkke hevder e-hjelp inngår i en ny storslått ideologi knyttet til automatisering, standardisering og digitalisering av psyken. Han mener

den fanger opp toppen fem prosent av det som foregår i den komplekse psykiske verden som ungdommen lever i.

– I verste fall ser vi en utvikling slik vi ser i Japan, der ungdom ikke lenger orker å involvere seg i det mangetydige relasjonelle og intense emosjonelle feltet fordi det tar for mye tid og innebærer for mye smerte, svingninger og usikkerhet.

UNGDOMSFASENS TRANSFORMASJON

Løkke mener det som risikerer å bli borte i e-terapien, er ungdomsfasens viktigste psykobiologiske transformasjon, der en ny kropp fylt av emosjoner og minner møter nye tanker, språk og selvrefleksjon for å bygge fundamentet til et menneske som er på vei til å bli voksen. Han mener e-hjelp fokuserer ensidig på tankekraft og viljekraft, noe som de færreste ungdommene har, og som samtidig kopler seg av psykens emosjonelle og kroppslige grunnlag.

– Dersom et slikt hjelpetilbud utvikler seg til å bli noe mer enn et enkelt supplement, utfordrer det selvfølgelig vårt menneskesyn. Men kampen mellom den instrumentelle fornuftens mange teorier og metoder og andre mer kompliserte menneskesyn er jo ikke ny historisk sett. Drømmen om at maskinen skulle være modell for mennesket finner vi igjen innenfor de forskjellige idétradisjoner, skriver han. ✕

BONUS En god schizofrenipolitikk ville ført til at mange hadde sluppet mye lidelse. Bonusener at samfunnet hadde spart mye penger, mener psykiatriprofessor Jan Ivar Røssberg. Foto: Nora Skjerdingstad



Arbeiderpartiet har ingen schizofrenipolitikk

Landets største parti har politikk for alvorlig psykisk syke, men ingen særskilt politikk for schizofrenilidende, ifølge dem selv. Det er ganske skremmende, mener psykiatriprofessor Jan Ivar Røssberg.

TEKST Øystein Helmikstøl

«Vedrørende schizofreni, så har vi ingen særskilt politikk for denne gruppen meg bekjent, men vi har merket oss at det er en ekstremt sårbar gruppe, og at dette er en sykdom som utgjør en av de største truslene mot kvalitetsjusterte leveår.»

Det skriver helsepolitisk rådgiver Linn J. Knudsen i Arbeiderpartiets stortingsgruppe til Psykologtidsskriftet.

DISKRIMINERT

Bakgrunnen for spørsmålet er helseminister Bent Høie (H), som mener alvorlig psykisk syke blir diskriminert i Norge i dag. I et intervju med Psykologtidsskriftet viste han til den ferske OECD-rapporten Health at a Glance 2019 og påpekte at Norge har en utfordring med å gi et godt nok tilbud til denne gruppen.

Psykiatriprofessor Jan Ivar Røssberg ved Universitetet i Oslo underviser blant annet om schizofreni og psykoser på medisinstudiet. Han snakket til politikere, fagfolk og brukere på kongressen Rus og psykisk helse i Oslo 10. februar.

– Hva er din kommentar til at Ap ikke har en politikk for personer med schizofreni?

– Det er ganske skremmende. Det er en av de alvorligste psykiske lidelsene, som fører til mange tapte leveår for dem som rammes. Og sykdommen koster samfunnet veldig mye. En god politikk her ville ført til at mange hadde sluppet mye lidelse. Bonusen er at vi hadde spart mye penger, svarer Røssberg.

Helsepolitisk talsperson Ingvild Kjerkol i Arbeiderpartiet opplyser at de ikke har en politikk som tar utgangspunkt i én enkelt diagnose som schizofreni, men vedgår at politikere burde være mer opptatt av personer med denne diagnosen.

Hun poengterer at Ap har en politikk overfor alvorlig psykisk syke, som schizofrenilidende er en del av. Kjerkol er opptatt av det første møtet med nysyke i denne gruppen.

– I dag er det store variasjoner i hvor i landet du får best hjelp med en psykose. Sånn kan vi ikke ha det, sier Kjerkol til Psykologtidsskriftet.

– Hva er Arbeiderpartiets viktigste politikk for de alvorligst psykisk syke, hvis du skal trekke ut ett punkt?

– Vi må få en forsvarlig akutt-tjeneste over hele landet. Det finnes for eksempel ingen akuttmottak innenfor psykiatrien i Finnmark.

Hun trekker fram arbeidet med schizofrenipasienter i Stavanger, som psykiatriprofessor og forskningssjef Jan Olav Johannessen har vært sentral i, som et eksempel på god praksis resten av landet bør lære av.

– Fagfolkene må gi oss innspill på hvordan en særskilt schizofrenipolitikk burde se ut, oppfordrer Kjerkol.

Les hele saken på psykologtidsskriftet.no, hvor flere politiske partier svarer på hva slags politikk de har for de alvorligst psykisk syke.



Uenige om pakkeforløp

Pakkeforløp er en kvalitetsreform, mener psykologspesialist og sykehusleder Børge Mathiassen. Foretakstillitsvalgt Siri Næs har et annet syn.

TEKST Øystein Helmikstøl

Diskusjonen om pakkeforløp i psykisk helsevern fortsetter.

Norsk psykologforening vil ha en kvalitetsreform i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, ifølge høringssvar til helse- og sykehusplanen som vil gjelde fram til 2023.

Det har Psykologforeningen fått, gjennom pakkeforløpene, svarte helseminister Bent Høie (H) da han presenterte sykehusplanen i november i fjor.

- SVAR PÅ PASIENTENS BEHOV

Børge Mathiassen er psykologspesialist og jobber som avdelingsleder på barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved UNN (Universitets-sykehuset Nord-Norge). Han var én av fire UNN-ledere som slo alarm om psykisk helsevern ved sykehuset i fjor høst.

– *Er pakkeforløp en kvalitetsreform, slik helseministeren mener?*

– Jeg er enig med helseministeren i at pakkeforløpene er en kvalitetsreform. Vi har fått noen mål å strekke oss mot. Og det er pasientenes behov som er det førende, sier han.

Mathiassen tror problemet er at mange psykologers og andre helsearbeideres tanker om hva som er god behandling, har satt pasientenes behov i bakgrunnen.

– Nå er pasientenes behov i større grad satt i førersetet i spørsmål om hva som er god behandling. Det er kanskje en mer krevende øvelse, som psykologer ikke har så god trening i å gjøre.

Siri Næs er foretakstillitsvalgt ved Helse Møre og Romsdal. Hun er også nyvalgt medlem i Norsk psykologforenings sentralstyre.

– Jeg har et annet syn på det. Mange av intensjonene med pakkeforløpene har vært gode. Men ute i tjenestene ser vi dessverre lite til den kvaliteten som var intensjonen.

Les hele saken på psykologtidsskriftet.no

Tre kandidater til visepresident-vervet

Hvem blir Psykologforeningens nye visepresident for fag og profesjon?

TEKST Per Halvorsen

Gjennom kontakt med lokallag og de foreslåtte kandidatene har Psykologtidsskriftet fått bekreftet at de tre er Arnhild Lauveng (foreslått av Akershus og Sogn og Fjordane), Heidi Wittrup Djup (foreslått av Hedmark) og Aina Holmén (foreslått av Finnmark).

Valgkomiteens leder, Ane Johnsen Lien, skriver i en e-post at det er kandidatene og forslagsstillerne selv som eventuelt tar stilling til om de vil gå ut offentlig før valgkomiteens innstilling foreligger.

– Vi er opptatt av å få rett person til dette viktige vervet, og at denne personen har bred oppslutning blant medlemmene. Når valgkomiteen er ferdig med sin innstilling, vil vi orientere lokalavdelingene. Dette er en tilbakemeldingsløyfe vi ønsker å ha med lokalavdelingene i forkant, for å sjekke ut at det ikke er sterke innsigelser før vi leverer innstillingen, skriver Lien.

Psykologforeningens lover er klare: I tillegg til president, skal den øverste politiske ledelsen bestå av to visepresidenter, én med ansvar for fag- og profesjonsfeltet, én med ansvar for lønn- og arbeidsvilkår. Men siden Heidi Svendsen Tessand valgte å trekke seg etter landsmøtet i november 2020, har ikke foreningens politiske ledelse vært fulltallig.

President Håkon Kongsrud Skard sier at det er han som nå har politisk ansvar for oppgavene som hører hjemme i porteføljen til visepresidenten for fag og profesjonsfeltet. Når det er hensiktsmessig, delegerer han oppgaver til avdelingslederne for henholdsvis fagpolitisk avdeling og utdanningsavdelingen.

– Det som i noen grad blir skadelidende, er min mulighet til å være fullt ut politisk operativ, sier han til Psykologtidsskriftet.

Les hele saken på psykologtidsskriftet.no

”

Fagpersonene må
skille mellom hvilke
symptomer som
skyldes autisme,
hvilke som skyldes
utviklingshemming,
og hvilke som
kan skyldes en
psykisk lidelse

EVIDENSBASERT PRAKSIS

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2019 S. 180-189 FAGFELLEVDERT

MARIANNE HALVORSEN, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Habilitering for barn og unge, Tromsø, og **SISSEL BERGE HELVERSCOU**,** Oslo Universitetssykehus, NevSom
- Nasjonalt kompetansesenter for nevroutviklingsforstyrrelser og hypersomnier

KONTAKT marianne.halvorsen@unn.no

Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Barnehabilitering Tromsø
Postboks 100, 9038 Tromsø. Telefon 77 75 59 40

Identifisering av psykiske helsevansker hos personer med autismespekterforstyrrelser og psykisk utviklingshemming

Psykiske helsevansker er utbredt ved autismespekterforstyrrelser (ASF), men kan være vanskelig å kartlegge. Det finnes tre måleinstrumenter på norsk som er utviklet for å identifisere slike vansker hos personer med ASF og utviklingshemming. Vi undersøkte instrumentenes egnethet i klinikken.

Autismespekterforstyrrelser (ASF) er gjennomgripende utviklingsforstyrrelser kjennetegnet av vedvarende vansker i sosial kommunikasjon og begrenset, repetitiv eller uvanlig sensorisk-motorisk atferd (APA, 2013). ASF forekommer ofte sammen med andre tilstander, som utviklingshemming (ca. 45 %; Lai, Lombardo, & Baron-Cohen, 2014), epilepsi (8–30 %; Lai et

ABSTRACT

Identification of mental health disorders in people with autism spectrum disorder and intellectual disability

Autism spectrum disorder (ASD) is an early-onset and life long neurodevelopmental condition. The significant burden of ASD and adverse prognostic course are further exacerbated by the high co-occurrence of mental health problems. However, there is no gold standard or universal consensus on methods for best practice in assessing concurrent mental health conditions in people with ASD. The presence of these symptoms not only necessitates additional treatment, but may also impede the acquisition of skills in areas of deficits associated with the ASD diagnosis. Diagnosing mental health disorders in this group is complex due to the conceptual overlap between ASD and concurrent mental health disorders. The current paper gives an overview of standardized Norwegian instruments to identify mental health problems developed or modified for use in people with ASD and intellectual disability, and presents an evaluation of their psychometric properties. The availability and use of the instruments are discussed.

Key words: assessment, autism spectrum disorder, mental health

INTERESSEKONFLIKT

**Det opplyses at andreforfatter har vært sentral i utviklingen av PAC-målet; et av målene som artikkelen omhandler.

”

I dag er det ingen gullstandard for eller universell enighet om prosedyrer og diagnostiske kriterier for å identifisere psykiske helsevansker ved ASF

al., 2014) og hyperkinetisk atferdsforstyrrelse (ADHD) (28–44 %; Lai et al., 2014). Psykiske tilleggsvansker er utbredt (16–72 %; Helverschou, Bakken, & Martinsen, 2011). Ubehandlet utgjør de psykiske tilleggsvanskene en stor samfunnsbyrde, i form av økt bruk av helsetjenester og sykefravær, i tillegg til nedsatt funksjonsnivå og livskvalitet for den berørte personen og familien (Buescher, Cidav, Knapp, & Mandell, 2014; Halvorsen et al., 2019; Herring et al., 2006). De vanligste tilleggsvanskene er angst, depresjon, tvangslidelse (OCD) og atferdsvansker (Helverschou et al., 2011). Disse tilleggsvanskene er det viktig å identifisere, da behandling er tilgjengelig.

UTFORDRINGER I IDENTIFIKASJON AV PSYKISKE HELSEVANSKER

Forskning på psykiske helsevansker ved ASF er relativt ny. De nyeste diagnosemanualene (DSM-5 og ICD-11) anerkjenner for første gang viktigheten av å identifisere psykiske tilleggsvansker ved ASF (APA, 2013, WHO, 2018). Identifisering og diagnostikk av psykiske helsevansker ved ASF er komplisert og krevende av flere grunner. Først og fremst har ASF og psykiske tilleggsvansker sammenfallende symptomer, det vil si at det er begrepsmessig overlapp mellom symptomer. For eksempel kan kjernesymptomer ved ASF som repetitiv atferd og begrensede interesser være vanskelig å skille fra OCD, vansker i sosiale samspill fra sosial fobi og uvanlige/stereotype interesser fra psykose (Helverschou et al., 2011). I tillegg har mange med ASF og psykisk utviklingshemming også språklige vansker / kommunikasjonsvansker og klarer ikke å sette ord på tanker og følelser, samt atypiske symptomer (f.eks. selvskading og aggressiv atferd ved alvorligere utviklingshemming, Bakken et al., 2016; Helverschou, 2010). Disse grunnene, i tillegg til mangel på egnede instrumenter for å identifisere psykiske helsevansker i denne gruppen, forklarer noe av den store variasjonen i forekomsttall av psykiske helsevansker ved ASF (16–72 %; Lai et al., 2014).

Et sentralt kjennetegn ved studier som rapporterer de høyeste forekomsttallene av psykiske tilleggsvansker (> 70 %), er at de benyttet seg av måleinstrumenter som opprinnelig er utviklet for den generelle befolkningen (Bakken et al., 2016). Ved å bruke instrumenter som ikke er utviklet for personer med ASF, og som derfor ikke skiller begrepsmessig mellom ASF og andre tilstander, er det stor sannsynlighet for at vanlige ASF-symptomer feilaktig tolkes som tegn på psykiske tilleggsvansker (Helverschou, 2010). Studier med lave forekomsttall har derimot benyttet strenge kriterier for å skille mellom ASF og psykiske tilleggsvansker. For å kvalifisere som en psykisk tilleggslidelse krevde Bolton og medarbeidere (2011) tilstedeværelse av en tilstand som utgjorde noe mer og annet enn en forverring av eksisterende ASF-symptomer, det vil si identifikasjon av noe mer og annet enn den underliggende ASF-tilstanden. Utfordringen ved å bruke slike strenge kriterier er at forskerne kan ha oversett symptomer og særegne uttrykksformer på psykiske tilleggsvansker ved ASF. Slike strenge kriterier står i kontrast til metodene hos andre forskergrupper, som anser nytilkomne maladaptive atferdsmønstre og en økning i typiske ASF-symptomer (dvs. mer intens grubling, repetitiv og ritualistisk atferd) som tegn på samtidige psykiske helsevansker hos personer med ASF (Helverschou, 2010, Helverschou, Bakken, & Martinsen, 2009).

I dag er det ingen gullstandard for eller universell enighet om prosedyrer og diagnostiske kriterier for å identifisere psykiske helsevansker ved ASF (Bakken et al., 2016; Helverschou, Kildahl & Bakken, 2019; Under-

wood, McCarthy & Tsakanikos, 2011). Det er imidlertid økende konsensus om at instrumenter utviklet for å skille mellom ulike tilstander hos personer med ASF, i fortsettelsen kalt spesialinstrumenter, bør inngå i en begynnende kartlegging for å sikre mer reliable og valide symptombeskrivelser i denne gruppen (Helverschou et al., 2019).

I denne artikkelen vil vi gi en kort presentasjon av kartlegging av psykiske helsevansker, herunder atferdsvansker, hos barn og voksne med ASF og psykisk utviklingshemming. Vi vil belyse følgende problemstillinger: (i) Hvilke instrumenter foreligger i norsk versjon utviklet for å identifisere psykiske helsevansker, herunder atferdsvansker, hos personer med ASF og psykisk utviklingshemming? ii) Hvilke måleegenskaper viser instrumentene? iii) Hvilke instrumenter har tilstrekkelig dokumentasjon for bruk i klinikken?

METODE

Det foreligger i dag tre spesialinstrumenter i norsk versjon for å kartlegge psykiske symptomer og atferdsvansker. Som det fremgår av tabell 1, velger vi å avgrense oss til disse. Et av instrumentene (Psychopathology in Autism Checklist; [PAC]) er utviklet for ungdom og voksne med ASF og utviklingshemming. To av instrumentene er utviklet generelt for personer med utviklingshemming (Aberrant Behavior Checklist [ABC] og Developmental Behavior Checklist [DBC]), men er mye anvendt i forskningslitteraturen ved ASF. Artikkelen bygger på en litteraturgjennomgang av instrumentenes psykometriske egenskaper gjennomført våren 2019, og supplert med oppdatert litteratur høsten 2019. I tillegg kontaktet vi forfattere av inkluderte instrumenter høsten 2019, for å identifisere dokumentasjon som vi eventuelt ikke hadde fanget opp. Vi søkte etter dokumentasjon på instrumentenes psykometriske egenskaper i databasen PubMed. Våre søk tok utgangspunkt i navnene på instrumentene i tillegg til søkeordene «autism», «autism spectrum disorder» og «ASD». For instrumentet ABC fikk vi 55 treff, for DBC 74 treff og for PAC 11 treff. Førsteforfatter gikk gjennom sammendragene til alle identifiserte publikasjoner. Alle publikasjoner som kunne virke relevante, ble bestilt inn i fulltekst, og prosessen over ble gjentatt for fulltekstpublikasjonene. Artikkelen utgjør ikke en fullstendig vurdering av testegenskaper, men gir en kort gjennomgang av måleegenskaper med utgangspunkt i «Test review form and notes for reviewers» (EFPA, 2013). Av plasshensyn har vi valgt å ekskludere psykometristudier med færre en 100 deltakere (dvs. Koskentausta & Almqvist, 2004; Mohr et al., 2011) for målene ABC og DBC, da det foreligger flere studier med større utvalg. For PAC, som er et relativt nytt instrument, har vi valgt å inkludere studier med færre enn 100 deltakere, med det forbehold at psykometriske egenskaper ikke er tilstrekkelig belyst i så små utvalg.

SPESIALINSTRUMENTER OG MÅLEEGENSKAPER

Aberrant Behavior Checklist (ABC)

ABC (Aman & Singh, 2017) er et kartleggingsmål på atferdsvansker for personer med utviklingshemming. Spørreskjemaet ble utviklet i 1985 i New Zealand, og består av 58 ledd fordelt på fem delskalaer: irritabilitet, sosial tilbaketrekning, stereotyp atferd, hyperaktivitet og upassende tale. Norsk utgave ble utarbeidet av Slosson Educational Publications og er tilgjengelig gjennom forlaget eller CheckWare. ABC er et av de mest »

Tabell 1 Inkluderte studier/publikasjoner av spesialinstrumenter for å kartlegge psykiske helsevansker, inkludert atferdsvansker hos personer med ASF og psykisk utviklingshemming (PU).

Referanse	Design	Populasjon
Kaat et al. (2014)	Tverrsnitt	2–18-åringer med ASF fra klinikk. 84 % gutter. 47 % IQ < 70. USA/Canada.
Brinkley et al. (2007)	Tverrsnitt	3–21-åringer med ASF fra genetikkstudie. 85 % gutter. USA.
Halvorsen et al. (2019)	Tverrsnitt	4–18-åringer. Blandet HABU-utvalg, inkl. 16 % med ASF. 65 % gutter. Norge.
Aman & Singh (2017)	Manual	Psykometristudier barn-voksen med PU, herunder ASF. Engelskspråklige land, Japan og Kina.
Flynn et al. (2017)	Systematisk litteraturgjennomgang	Psykometristudier voksne med alvorlig og dyp PU. Engelskspråklige land, Nederland, Belgia og Japan.
Brereton et al. (2006)	Tverrsnitt	3–24-åringer med ASF fra klinikk. 85 % gutter. 74 % med IQ < 70. Kontrollgruppe med PU uten ASF. Australia.
Adams et al. (2019)	Tverrsnitt	4–5-åringer med ASF i barnehage/skole. 83 % gutter. Australia.
Chandler et al. (2016)	Tverrsnitt	4–8-åringer med ASF fra befolkningsbasert studie. 82 % gutter. 35 % med IQ < 70. Storbritannia.
Einfeld & Tonge (1995)	Tverrsnitt	Befolkningsstudie barn og ungdom med alle grader av PU. ASF inngår. 60 % gutter. Australia.
Hastings et al. (2001)	Tverrsnitt	4–18-åringer med alle grader av PU fra spesialskoler. 68 % gutter. Storbritannia.
Dekker et al. (2002a)	Tverrsnitt	3–22-åringer. Alle grader av PU fra spesialskole/befolkningsutvalg. 59 % gutter. Nederland/ Australia.
Dekker et al. (2002b)	Tverrsnitt	6–18-åringer. Spesialskoler. 60 % gutter. Borderline evnenivå og alle grader av PU. Nederland.
Mohr et al. (2005)	Tverrsnitt	Voksne med PU fra klinikkutvalg. Australia.
Mohr et al (2012)	Tverrsnitt	18–85-åringer med PU. Befolkningsbasert. 56 % menn. Australia.
Straccia et al. (2014)	Tverrsnitt	18–73-åringer med PU fra dagsenter/ institusjon. 58 % menn. Sveits/Belgia.
Gray et al. (2018)	Manual	Psykometristudier av barn, ungdom og voksne med PU. USA. Australia.
Helverschou et al. (2008, 2009)	Strategisk utvalg	Unge og voksne med ASF og PU og identifisert psyk. lidelse. Samt unge voksne med ASF og PU uten psyk. lidelse.
Bakken et al. 2010	Tverrsnitt	Befolkningsstudie og sammenligning med representativt utvalg med PU.

N	Mål	Rapporterte egenskaper, verdier
1893	ABC Foreldre	Faktoranalyse. Reliabilitet (indre konsistens). Korrelasjoner med ASF-symptomer. Normsett.
275	ABC Foreldre	Faktoranalyse. Korrelasjoner med ASF-symptomer.
339	ABC Foreldre	Faktoranalyse. Reliabilitet (indre konsistens). Korrelasjoner med SDQ, BRIEF, VABS og IQ.
---	ABC	Faktoranalyser. Reliabilitet (indre konsistens, skårenighet, test-retest) og kriterievaliditet. Normsett.
---	ABC	Reliabilitet (indre konsistens, skårenighet, test-retest). Kriterie- og begrepsvaliditet.
367/ 550	DBC Foreldre	Profil av DBC-vansker ved ASF relatert til IQ.
130	DBC Foreldre	Reliabilitet (indre konsistens). Korrelasjoner med ASF-symptomer.
277/ 228	DBC Foreldre Lærer	Korrelasjoner med ASF-symptomer.
1093	DBC Foreldre Lærer	Faktorstruktur. Reliabilitet (indre konsistens, test-retest, skårenighet). Kriterievaliditet.
531	DBC Foreldre Lærer	Faktorstruktur. Reliabilitet (indre konsistens).
1536	DBC Foreldre Lærer	Faktorstruktur. Reliabilitet (indre konsistens).
1057	DBC Foreldre Lærer	Faktorstruktur. Reliabilitet (indre konsistens, test-retest). Korrelasjoner tilsvarende mål. Kriterievaliditet.
100	DBC Voksen	Reliabilitet (test-retest, inter-rater). Korrelasjoner tilsvarende mål.
1538	DBC Voksen	Normer.
571	DBC Voksen	Faktorstruktur. Reliabilitet (indre konsistens). Korrelasjon med tilsvarende mål.
---	DBC Alle versjoner	Reliabilitet (indre konsistens, test-retest, skårenighet). Korrelasjoner tilsvarende mål. Kriterievaliditet. Normsett og cut-off verdier.
47	PAC	Begrepsvaliditet. Reliabilitet (indre konsistens, skårenighet).
67/132	PAC	Cut-off verdier. Reliabilitet (skårenighet).

ABC = Aberrant Behavior Checklist; BRIEF = Behavior Rating Inventory of Executive Function; DBC = Developmental Behavior Checklist; PAC = Psychopathology in Autism Checklist; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; VABS = Vineland Adaptive Behavior Scales.

siterte målene i forskningslitteraturen på området (425 treff i PubMed 12.11.19). Kartleggingsmålet ble utviklet gjennom en såkalt bottom-up-tilnærming med utgangspunkt i klinisk erfaring og journalbeskrivelser av atferdsvansker hos personer med utviklingshemming. Skjemaet fylles ut av nærperson, lærer eller tjenesteyter som kjenner personen med utviklingshemming/ASF godt. Målet ble opprinnelig utviklet for å måle behandlingseffekt og brukes i dag også for å vurdere alvorlighet av atferdsvansker (Flynn et al., 2017).

Som det fremgår av tabell 1, foreligger det to psykomestriudier av målet i utvalg av barn og unge med ASF med og uten psykisk utviklingshemming. Kaat, Lecavalier og Aman (2014) inkluderte et stort utvalg av unge i ASF-klinikker. De fant samlet sett støtte for den opprinnelige femfaktormodellen gjennom eksplorerende og konfirmatoriske faktoranalyser. Indre konsistens for delskalaene varierte fra akseptabel til utmerket, beregnet med Cronbach's alpha ($\alpha = 0,77-0,94$). Alder, kjønn og IQ var i hovedsak ikke korrelert med delskalaene. Det ble rapportert lave korrelasjoner mellom ASF-symptomer og delskalaene sosial tilbaketrekning og stereotyp atferd ($r \leq 0,11$). Overlapp mellom ABC og Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991) var adekvat på flere delskalaer ($0,55 \leq r < 0,65$). I studien rapporterte forskerne normdata inndelt i alder og IQ-nivå (≤ 70 og > 70). Brinkley og medarbeidere (2007) fant moderat støtte for opprinnelig faktormodell i et mindre utvalg av unge med ASF. Det ble også i denne studien rapportert lave korrelasjoner mellom ASF-symptomer og ABC ($r \leq 0,34$). Det lave sammenfallet mellom ABC-skårer og skårer på ASF-symptomer fra Kaat og kolleger (2014) og Brinkley og medarbeidere (2007) underbygger at ABC måler noe annet enn ASF. De rapporterte måleegenskapene i disse ASF-utvalgene er i stor grad sammenfallende med funn fra studier i generelle utvalg av personer med utviklingshemming og utviklingsforstyrrelser (Aman & Singh, 2017; Flynn et al., 2017), også i et norsk barnehabiliteringsutvalg som inkluderte en andel pasienter med ASF med varierende grad av evnenivå (Halvorsen et al., 2019). Den nyeste ABC-manualen (Aman & Singh, 2017) inkluderer eget normsett for barn og unge med ASF, hentet fra studien til Kaat og kolleger (2014).

Developmental Behavior Checklist (DBC)

DBC (Gray, Tonge, Einfeld, Gruber, & Klein, 2018) ble opprinnelig utviklet i Australia i 1992, og er nylig tilpasset og normert for USA. Foreldre- og lærerversjonen inkluderer 96 spørsmålsledd fordelt på delskalaene «disruptive», «self-absorbed», «communication disturbances», «anxiety» og «social relating» (offisiell norsk oversettelse av delskalanavn foreligger ikke). Voksenversjonen for utfylling av tjenesteytere/nærpersoner kom i 2005 og består av 107 spørsmålsledd, hvorav de fleste er sammenfallende med foreldre- og lærerversjonen for barn. Voksenversjonen har fire tilsvarende delskalaer som den for barn, i tillegg til en delskala for depresjon. Norsk utgave er foreløpig kun tilgjengelig for forskere gjennom Western Psychological Services. Utviklerne var inspirert av den mye anvendte CBCL i den generelle barnepopulasjonen og spesialmålet ABC, og benyttet en tilsvarende «bottom-up»-tilnærming som ABC i utvelgelse av spørsmålsledd.

Som det fremgår av tabell 1, foreligger det tre psykomestriudier av målet i ASF-utvalg, mens øvrige studier inkluderte utvalg av personer med psykisk utviklingshemming, hvorav et mindretall av deltakerne også hadde ASF.

Brereton, Tonge og Einfeld (2006) sammenlignet skårer for DBCs foreldreversjon i et barneutvalg med ASF der flertallet hadde psykisk utviklingshemming, med skårer for en kontrollgruppe av barn med utviklingshemming uten ASF. I multivariate analyser av gruppeforskjeller, der det ble kontrollert for alder, kjønn og IQ, fremkom det at gruppen med ASF hadde signifikant høyere skårer på samtlige skalaer sammenlignet med gruppen med utviklingshemming uten ASF. Ved å se på skåringsprofil innad i ASF-gruppen fremkom det at gruppen med ASF og IQ < 50 hadde signifikant høyere skårer på delskalaene «self-absorbed» og «social relating» sammenlignet med de med ASF med IQ > 70 . Det ble funnet få kjønns- og aldersforskjeller i DBC-skårer. Adams og medarbeidere (2019) undersøkte DBCs foreldreversjon i et utvalg av barn med ASF i førskolealder. Indre konsistens for delskalaene beregnet med Cronbach's alpha varierte fra akseptabel til utmerket ($\alpha = 0,71-0,96$). Det ble funnet moderat overlapp mellom ASF-symptomer og totalskåren på DBC og delskalaene «self-absorbed» og «social relating» ($r \leq 0,58$). Det ble også funnet moderat overlapp mellom ASF-symptomer og DBC-totalskåren for foreldreversjonen i et befolkningsbasert utvalg av 4–8-åringer, mens en ikke fant slik signifikant overlapp for lærerversjonen (Chandler et al., 2016).

Oppsummert viser øvrige psykomestriudier av DBC i barne-, ungdoms- og voksenutvalg av personer med utviklingshemming som inkluderte et mindretall av personer med ASF: i) støtte for faktormodell (f.eks. Dekker et al., 2002a), ii) tilnærmet akseptabel til utmerket indre konsistens for delskalaene (α typisk fra 0,66–0,94) (Dekker et al., 2002a; Dekker, Nunn & Koot, 2002b; Einfeld & Tonge, 1995; Hastings, Brown, Mount & Cormack, 2001; Straccia, Ghisletta, Detraux & Barisnikov, 2014), og iii) adekvat test–retest-reliabilitet (r typisk $> 0,80$) og skårenighet (r typisk $\geq 0,60$) (Dekker et al., 2002a; 2002b; Einfeld & Tonge, 1995; Mohr, Tonge & Einfeld, 2005). I studier som har undersøkt konvergerende validitet, har en funnet adekvat samsvar mellom DBC og andre tilsvarende mål på atferds-/emosjonelle vansker (r typisk $\geq 0,60$) (f.eks. Dekker et al. 2002b; Mohr et al., 2005; Straccia et al., 2014). Kriterievaliditet har vært undersøkt av blant andre Dekker et al. (2002b), som rapporterte signifikant samsvar mellom høye skårer for delskalaene «disruptive» og «anxiety» og tilsvarende DSM-

IV-diagnoser med moderate til store oppgitte effektstørrelser (jf. Cohen, 1988). Den nyeste manualen angir normsett for personer med utviklingshemming (Gray et al., 2018).

Psychopathology in Autism Checklist (PAC)

PAC (Helverschou et al., 2009) er utviklet i Norge i 2009 og inkluderer 42 spørsmålsledd fordelt på fem delskalaer: psykose, depresjon, tvangslidelse (OCD), angst og generelle tilpassningsvansker. PAC er tilgjengelig for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten gjennom Nasjonalt kompetansesenter for nevrouviklingsforstyrrelser og hypersomnier (NevSom) ved Oslo universitetssykehus. Skjemaet fylles ut av nærpersoner som foreldre og tjenesteytere som kjenner personen med ASF og utviklingshemming godt. PAC ble utviklet basert på en forståelse av at det er nødvendig å kunne skille mellom tegn på ASF og tegn på psykisk lidelse, for å kunne stille valide diagnoser på psykisk lidelse i denne gruppen. Basert på diagnosekriteriene i ICD-10 og DSM-IV ble det gjennomført en begrepsanalyse som viste at det er mulig å skille mellom symptomer på ASF og symptomer knyttet til fire diagnoser på psykisk lidelse (Helverschou, Bakken & Martinsen, 2008). PAC er utviklet på grunnlag av disse resultatene, og fremgangsmåten kan betegnes som «top-down». Resultatene fra den første valideringsstudien viste at PAC skilte mellom unge og voksne med ASF og utviklingshemming som *har* en psykisk lidelse, og de som *ikke har* det (tabell 1). PAC syntes også å skille mellom personer med ulike psykiske lidelser, særlig psykose og tvangslidelse. PAC kan dermed gi en indikasjon på om en person synes å ha en psykisk lidelse eller ikke, og eventuelt hvilken psykisk lidelse. Resultatene tyder også på at PAC har akseptable psykometriske egenskaper. Alle subskalaer er funnet å ha god eller akseptabel indre konsistens beregnet med Cronbach's alpha (psykose: $\alpha = 0,89$, generelle vansker og OCD: $\alpha = 0,88$, depresjon: $\alpha = 0,85$, angstlidelse: $\alpha = 0,78$). Skårerenighet beregnet med Cohen's Kappa har også vist seg å være på et akseptabelt nivå (depresjon: $k = 0,67$, generelle vansker: $k = 0,66$, angstlidelse: $k = 0,58$, OCD: $k = 0,53$, psykose: $k = 0,51$) (se tabell 1). Basert på resultatene i den første valideringsstudien ble det beregnet cut-off-verdier for hver delskala, og disse ble benyttet i en undersøkelse av alle personer med autisme og psykisk

utviklingshemming i Nordland fylke (Bakken et al., 2010). Det må understrekes at de rapporterte psykometriske egenskapene til PAC er foreløpige; de ikke er tilstrekkelig belyst på grunn av få studier og små utvalg.

DISKUSJON

Vi har undersøkt måleegenskapene til tre spesialinstrumenter på området som foreligger på norsk, hvorav DBC foreløpig kun er tilgjengelig for forskere i Norge. Felles for instrumentene er at de benytter informantrapportering av vansker, der det ikke er pasienten selv som er informant.

Det foreligger solid dokumentasjon av egnetheten av ABC og DBC i en begynnende kartlegging av psykiske tilleggsvansker hos barn, ungdom og voksne med utviklingshemming i klinikk. Det foreligger også dokumentasjon av egnetheten til ABC for barn og unge med ASF og et eget normsett for barn med ASF og IQ-nivå ≤ 70 og > 70 . Måleegenskapene til ABC for voksne i ASF-utvalg foreligger foreløpig ikke. For DBC foreligger det mindre studier av måleegenskaper i ASF-utvalg, og kun blant barn og unge. Resultatene her tyder på at DBC kan være egnet til å gi en begynnende beskrivelse av en profil av tilleggsvansker hos barn og unge med ASF med varierende grad av utviklingshemming. ABC er nylig validert i et norsk barnehabiliteringsutvalg som inkluderte en mindre andel barn med ASF (Halvorsen et al., 2019). Vi kjenner ikke til studier av den norske DBC-versjonens måleegenskaper. PAC er et nytt instrument i denne sammenhengen, og gjennomgangen viste at selv om PAC har lovende måleegenskaper, er de foreløpig ikke tilstrekkelig belyst i mange nok studier og i utvalg av tilstrekkelig størrelse.

Spesialinstrumentene vi har gjennomgått, er screeninginstrumenter for å identifisere unge og voksne med autisme og utviklingshemming som kan ha en psykisk tilleggslidelse, herunder atferdsvansker. Instrumentene er ikke diagnostiske instrumenter, men hjelpemidler i prosessen med å identifisere psykiske lidelser i denne gruppen. Personer som skårer over cut-off, bør henvises til en grundig psykiatrisk utredning. Tolkningen av skårene bør gjøres av fagpersoner i spesialisthelsetjenesten med god kjennskap til både autisme, utviklingshemming og psykisk lidelse. Diagnostisering av psykiske lidelser er en svært vanskelig

”

PAC ble utviklet basert på en forståelse av at det er nødvendig å kunne skille mellom tegn på ASF og tegn på psykisk lidelse

»

”

Tett samarbeid med familie-medlemmer eller andre som kjenner personene godt, er også en forutsetning

differensialdiagnostisk oppgave i denne gruppen. Fagpersonene må skille mellom hvilke symptomer som skyldes autisme, hvilke som skyldes utviklingshemming, og hvilke som kan skyldes en psykisk lidelse. I tillegg bør andre forhold som kan utløse eller opprettholde underliggende psykiske helsevansker, som medisinske forhold, psykososiale stressorer, kommunikasjonsutfordringer og mangelfull tilrettelegging i hverdagen, undersøkes (Rosen, Mazefsky, Vasa & Lerner, 2018). Diagnostiseringen bør baseres på ordinære diagnosekriterier, men kan ikke følge en streng kriteriebasert prosedyre. Fagpersonene bør ha en grunnleggende forståelse av hva som kjenner de enkelte tilstandene, og hva som skiller dem. Tett samarbeid med familiemedlemmer eller andre som kjenner personene godt, er også en forutsetning for å få informasjon om personens vanlige væremåte og endringer i atferd og sinnsstemning. Det nevnes kort at forholdet mellom atferdsvansker som aggresjon og selvskading og underliggende psykiske helsevansker i denne gruppen er sammensatt. Perso-

ner med alvorlig grad av utviklingshemming og ASF som fremviser aggresjon og/eller selvskading, bør også undersøkes for underliggende psykiske helsevansker som for eksempel depresjon (Painter et al., 2018). I tiltak og behandling av tilleggsvansker hos personer med ASF og utviklingshemming kan standardiserte mål som ABC eller DBC brukes som ledd i vurdering av behandlingseffekt, det vil si som pretest- og posttestmål.

KONKLUSJON

Diagnostisering av psykiske lidelser, herunder atferdsvansker, hos personer med ASF og utviklingshemming er en svært vanskelig differensialdiagnostisk oppgave. Det anbefales bruk av spesialinstrumentene ABC, DBC og PAC, som er utviklet for personer med ASF i en begynnende kartlegging, for å sikre mer reliable og valide symptombeskrivelser. Vår gjennomgang av spesialinstrumentenes måleegenskaper viste at det i dag foreligger tilstrekkelig dokumentasjon for å anvende atferdsmålet ABC for barn og unge med ASF. ✕

REFERANSER

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist and profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry
- Adams, D., Paynter, J., Clark, M., Roberts, J., & Keen, D. (2019). The Developmental Behaviour Checklist (DBC) profile in young children with the autism spectrum: The impact of child and family factors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 3426–3439. doi.org/10.1007/s10803-019-04067-0
- Aman, M.G. & Singh, N.N. (2017). *Aberrant Behavior Checklist Manual, Second Edition* East Aurora, NY: Slosson Educational Publications, Inc.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bakken, T.L., Helverschou, S.B., Høidal, S.H., Martinsen, H. (2016). Mental illness in people with intellectual disabilities and autism spectrum disorders (Chapter 11) I: Colin Hemmings & Nick Bouras (red.) *Psychiatric and Behavioural Disorders in Intellectual and Developmental Disabilities, third edition, p.119–128*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bolton, P.F., Carcani-Rathwell, I., Hutton, J., Goode, S., Howlin, P. & Rutter, M. (2011). Epilepsy in autism: Features and correlates. *The British Journal of Psychiatry*, 198 (4), 289–294. Doi:10.1192/bjp.bp.109.076877
- Bakken, T.L., Helverschou, S.B., Eilertsen, D.E., Heggelund, T., Myrbakk, E. & Martinsen, H. (2010). Psychiatric disorders in adolescents and adults with autism and intellectual disability: a representative study in one county in Norway. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1669–1677. doi.org/10.1016/j.ridd.2010.04.009
- Brereton, A.V., Tonge, B.J. & Einfeld, S.L. (2006). Psychopathology in children and adolescents with autism compared to young people with intellectual disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 863–870. doi.org/10.1007/s10803-006-0125-y
- Brinkley, J., Nations, L., Abramson, R.K., Hall, A., Wright, H.H., Gabriels, R., ...Cuccaro, M.L. (2007). Factor analysis of the Aberrant behavior Checklist in individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1949–1959. doi: 10.1007/s10803-006-0327-3
- Buescher, A.V., Cidav, Z., Knapp, M., & Mandell, D.S. (2014). Costs of autism spectrum disorders in the United Kingdom and the United States. *JAMA Pediatrics*, 168, 721–728. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.210
- Chandler, S., Howlin, P., Simonoff, E., O’Sullivan, T., Tseng, E., Kennedy, J., ... Baird, G. (2016). Emotional and behavioural problems in young children with autism spectrum disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58, 202–208. doi:10.1111/dmcn.12830

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd Ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Dekker, M.C., Nunn, R., Einfeld, S.E., Tonge, B.J., & Koot, H.M. (2002a). Assessing emotional and behavioral problems in children with intellectual disability: revisiting the factor structure of the Developmental Behavior Checklist. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 601–610.
- Dekker, M.C., Nunn, R., & Koot, H.M. (2002b). Psychometric properties of the revised Developmental Behaviour Checklist scales in Dutch children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 46, 67–75.
- Einfeld, S.L., & Tonge, B.J. (1995). The Developmental Behavior Checklist: the development and validation of an instrument to assess behavioral and emotional disturbance in children and adolescents with mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 81–104.
- European Federation of Psychologists' Association (EFPA) (2013). *EFPA review model for the description and evaluation of psychological tests: Test review form and notes for reviewers*, v 4.2.6: EFPA.
- Flynn, S., Vereenoghe, L., Hastings, R.P., Adams, D., Cooper, S.-A., Gore, N., ... Waite, J. (2017). Measurement tools for mental health problems and mental well-being in people with severe or profound intellectual disabilities: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 57, 32–44. doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.006
- Gray, K., Tonge, B., Einfeld, S., Gruber C., & Klein, A. (2018). *Developmental Behavior Checklist 2*. Los Angeles: California: Western Psychological Services.
- Halvorsen, M., Aman, M.G., Mathiassen, B., Brøndbo, P.H., Steinsvik, O.O., & Martinussen, M. (2019). Psychometric properties of the Norwegian Aberrant Behavior Checklist and diagnostic relationships in a neuro-pediatric sample. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. Published online 04 Jul 2019. Epub ahead of print. doi.org/10.1080/19315864.2019.1630872
- Halvorsen, M., Mathiassen, B., Myrbakk, E., Brøndbo, P., Sætrum, A. ... Martinussen, M. (2019). Neurodevelopmental correlates of behavioural and emotional problems in a neuropaediatric sample. *Research in Developmental Disabilities*, 85, 217–228. doi.org/10.1016/j.ridd.2018.11.005
- Hastings, R.P., Brown, T., Mount, R.H., & Cormack, K.F.M. (2001). Exploration of psychometric properties of the Developmental Behavior Checklist. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 423–431.
- Helverschou, S.B. (2010). *Identification of anxiety and other psychiatric disorders in individuals with autism and intellectual disability*. Dissertation for the degree of Ph.D, Department of Psychology, University of Oslo. https://www.duo.uio.no/handle/10852/18015
- Helverschou, S.B., Bakken, T.L., & Martinsen, H. (2008). Identifying symptoms of psychiatric disorders in people with autism and intellectual disability: An empirical conceptual analysis. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 11, 105–115.
- Helverschou, S.B., Bakken, T.L., & Martinsen, H. (2009). The Psychopathology in Autism Checklist (PAC): a pilot study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 179–195. doi.org/10.1016/j.rasd.2008.05.004
- Helverschou, S.B., Bakken, T. & Martinsen, H. (2011). Psychiatric disorders in people with Autism spectrum disorders: Phenomenology and recognition (kap. 5), (s. 53–74). I J.L. Matson & P. Sturmey (red.), *International handbook of autism and pervasive developmental disorders*. New York: Springer.
- Helverschou, S.B., Kildahl, A.N. & Bakken, T.L. (2019). Checklists and Structured Interviews, (kap. 14). I J. Matson (red.): *Assessment, Diagnosis, and Treatment in Persons with Intellectual Disabilities*. New York: Springer (planlagt publisert høsten 2019).
- Herring, S., Gray, K., Taffe, J., Tonge, B., Sweeney, D., & Einfeld, S. (2006). Behavior and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 874–882.
- Kaat, A.J., Lecavalier, L., & Aman, M.G. (2014). Validity of the Aberrant Behavior Checklist in children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 1103–1116. doi 10.1007/s10803-013-1970-0
- Koskentausta, T. & Almqvist, F. (2004). Developmental Behavior Checklist (DBC) in the assessment of psychopathology in Finnish children with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29, 27–39. doi.org/10.1080/13668250410001662883
- Lai, M.-C., Lombardo, M.V., & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *The Lancet*, 383, 896–910.
- Mohr, C., Tonge, B.J., & Einfeld, S.L. (2005). The development of a new measure for the assessment of psychopathology in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 469–480. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00701.x
- Mohr, C., Tonge, B.J., Taffe, J. & Einfeld, S.L. (2012). The availability of normative data for the Developmental Behaviour Checklist for adults. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 37, 61–64. doi.org/10.3109/13668250.2011.649719
- Mohr, C., Tonge, B.J., Taffe, J., Rymill, A., Collins, D., Keating, C., & Einfeld, S.L. (2011). Inter-rater reliability of the Developmental Behaviour Checklist for Adults in community accommodation settings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55, 710–713. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01372.x
- Painter, J., Hastings, R., Ingham, B., Trevithick, L. & Roy, A. (2018). Associations between mental health problems and challenging behavior in adults with intellectual disabilities: A test of the behavioral equivalent hypothesis. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 11, 157–172. doi.org/10.1080/19315864.2018.1431747
- Rosen, T.E., Mazefsky, C.A., Vasa, R.A. & Lerner, M.D. (2018). Co-occurring psychiatric conditions in autism spectrum disorder. *International Review of Psychiatry*, 30, 40–61. doi.org/10.1080/09540261.2018.1450229
- Straccia, C., Ghisletta, P., Detraux, J.-J., Barisnikov, K. (2014). Psychometric properties and normative data of the French Developmental Behavior Checklist – adult version. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 982–991. doi:10.1016/j.ridd.2014.02.008
- Underwood, L., McCarthy, J. & Tsakanikos, E. (2011). Assessment of comorbid psychopathology, (kap 17, s. 287–293). I J.L. Matson & P. Sturmey (red.), *International handbook of autism and pervasive developmental disorders*. New York: Springer.
- WHO (2018). *The International Classification of Diseases (ICD-11)*. Geneva: World Health Organization.



RIKTIG RETNING De positive resultatene i studien er til glede for pasienter og behandlere, mener Torgalsbøen.

FORSKNINGSINTERVJU

En gang schizofren, ikke alltid schizofren

Professor Anne-Kari Torgalsbøen mener schizofrenibegrepet er utdatert, at vedvarende bruk av antipsykotika ikke har hold i forskningslitteraturen, og at personlige ressurser bør fremmes i behandling.

TEKST OG FOTO Nora Skjerdingsstad

Ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo forsker Torgalsbøen på forløp og bedring ved schizofreni.

– Med nye innfallsvinkler fra klinisk psykologi, kognitiv psykologi og utviklingspsykopatologi, har man nå et mye mer nyansert bilde av prognosen hos de som får denne lidelsen.

Torgalsbøen leder *Oslo Schizophrenia Recovery Study*, som er en prospektiv og longitudinell studie som strekker seg over ti år. Her er 28 personer med førstegangpsykose fulgt opp årlig, og i 2020 fullføres de siste datainnsamlingene.

Anne-Kari Torgalsbøen

Torgalsbøen er professor ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. I 2020 avsluttes den longitudinelle studien *Oslo Schizophrenia Recovery Study*, der de har sett på forløp og bedring ved schizofreni.

– Vi forsker ikke på en bestemt behandlingsmetode. Studien har som mål å følge utviklingen av resiliens og nevrokognisjon over tid, samt andelen av personer med førstegangssykose som i løpet av studien blir helt friske, og hvor bedringen er vedvarende.

Gjennomsnittlig alder da personene ble tatt inn i studien, var 21 år, og ved åtteårsoppfølgingen er 63,5% av de 22 personene som har fullført studien, blitt helt friske.

– Dette er hyggelige tall. Mest gledelig er signalene dette gir til pasienter som får førstegangssykose. Det øker også den generelle behandlingsoptimismen hos de som faktisk skal hjelpe disse unge menneskene til å bli bedre, sier Torgalsbøen om resultatene. Frafallsprosenten i studien er svært lav, og særlig viktig er det at de som har blitt friske, ikke har droppet ut av studien.

NEGATIV PSYKIATRI-LOOP

I studien vektlegges personlighetsfaktoren motstandsdyktighet, eller resiliens, og hvordan den spiller inn på utfallet i bedring. Dette kan være en interessant faktor å se på i terapirommet, fortsetter Torgalsbøen. Vedvarende medisinbruk har hun derimot mindre tro på.

– Det er ikke slik at den langvarige bruken av antipsykotisk medikasjon er så nyttig som man tidligere har trodd. Det er godt dokumentert at det hjelper mot positive symptomer i den akutte fasen, men man kan ikke si det samme om vedvarende bruk av antipsykotika. Snarere kan det ha en negativ effekt på bedring.

Et fellestrekk ved pasientene som ved åtteårsoppfølging ikke har blitt bedre (14 %), er nettopp at de har prøvd mange typer antipsykotika uten effekt. I tillegg spiller rusmisbruk inn, samt lav kognitiv funksjon.

– Disse personene har ikke fått den behandlingen de trenger. Antipsykotika har ingen effekt på kognisjon. Hvorfor har de for eksempel ikke fått kognitiv trening? Til slutt «havner de i psykiatrien», som de selv uttrykker det. Det er trist at psykisk helsevern ikke har kunnet hjelpe disse personene, gitt den kunnskap vi i dag har om gode psykososiale intervensjoner, sier Torgalsbøen.

GUFES FRA FORTIDEN

Den psykiatri- og medisindominerte tilnærmingen til schizofreni ligger fortsatt som en skygge over lidelsen, mener Torgalsbøen. Tiden er overmoden til også å se personen som har sykdommen, understreker hun.

– I forskning er man nå opptatt av å identifisere undergrupper ved lidelsen på grunn av heterogeniteten blant personer med schizofreni. Avhengig av hvilken nevrokognitiv og psykologisk profil man kartlegger, kan man personalisere og individualisere behandlingen. Her har man ikke kommet langt nok i dag, sier Torgalsbøen.

Hun tror at schizofrenibegrepet kommer til å forsvinne fordi det er utdatert.

– Med dagens kunnskap om psykosenes heterogenitet, både hva angår patofysiologi og bedringsprosesser, blir det misvisende å bruke betegnelsen schizofreni. Likeledes har det negative språklige konsekvenser. Å omtale pasienter som «schizofrene» er som et gufs fra fortiden. Da signaliserer man: «Du er bare sykdom, du.» Man sier jo ikke det til en kreftpasient. Snarere får pasienten hjelp til å mobilisere alt av ressurser for å bekjempe sykdommen. Slik burde det være i behandlingen av schizofreni også, avslutter Torgalsbøen. ✕

Øker ikke dødelighet

En ny studie viser at antipsykotiske legemidler ikke øker dødeligheten hos personer med schizofreni.

Forskere ved Karolinska Institutet har i en 20-årsoppfølgingsstudie sett på forholdet mellom langvarig bruk av antipsykotiske legemidler hos personer med schizofreni, og om dette er assosiert med økt dødelighet og risiko for somatisk sykdom.

Sammenlignet med den øvrige befolkningen, har personer med schizofreni en kortere forventet levealder (14,5 år i gjennomsnitt). Noe av denne variansen har man tilskrevet langvarig bruk av antipsykotiske legemidler. Nå har imidlertid forskere tilbakevist denne antagelsen.

I en longitudinell studie, som inkluderer over 62 000 pasienter, fant forskerne at bruken av disse legemidlene ikke er koblet til økt dødelighet eller risiko for alvorlige somatiske tilstander, som hjerte- og karsykdommer. Studien er den mest omfattende undersøkelsen som er gjort på dette feltet til nå.

Forskerne konkluderer med at dødeligheten blant personer med schizofreni ikke kan tilskrives antipsykotika, men at det delvis kan tilskrives at man *ikke* bruker antipsykotika.

Studien sier imidlertid ikke noe om hva som skal til for å bli bedre. Selv om antipsykotika ikke øker dødelighet eller somatiske problemer, belyser heller ikke studien hvordan legemidler kan være fordelaktige i en klinisk setting.

Nora Paulsen Skjerdingsstad

REFERANSE:

Taipale, H., Tanskanen, A., Mehtälä, J., Vattulainen, P., Corell, C. U. & Tiihonen, J. (2020). 20-year follow-up study of physical morbidity and mortality in relationship to antipsychotic treatment in a nationwide cohort of 62,250 patients with schizophrenia (FIN20), *World Psychiatry*, 19(1), 61–68.

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2020 S. 192-203 FAGFELLEVDERT

ELLEN JOHANNE HARTMANN, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KONTAKT e.j.hartmann@psykologi.uio.no

DEN GÅTEFULLE HEDDA GABLER

– En empatisk psykologisk lesning

Den gåtefulle Hedda Gabler blir mer forståelig gjennom en empatisk psykologisk lesning – og viser hvilken stor menneskekjenner Ibsen var.

Hedda Gabler er blitt sett på som en av Ibsens mest gåtefulle skikkelser. Publikum og kritikere har hatt problemer med å forstå henne, men likevel ment at hun er både ond og unormal, eller at Ibsen hadde skapt en kvinnerolle uten troverdighet. Utover å beskrive Hedda som vakker, aristokratisk og intelligent har særlig de tidlige Ibsen-forskerne vært mer opptatt av negative egenskaper (se f.eks. Ferguson, 1996; Fjelde, 1978; Høst, 1958; Seip, 1957; Shaw, 1922) og sykelige trekk (se f.eks. Freud, 1968; Nissen, 1931; Tjønneland, 2008; Weigand, 1925) enn positive aspekter ved Hedda-skikkelsen. Hun er blitt beskrevet som samvittighetsløs, slem, ufølsom, egoistisk og full av sjalusi og misunnelse og grusom i sin protest mot andres lykke – en demonisk skikkelse. Ja, Ibsens siste biograf, Ivo de Figueiredo (2010), mener sågar at Hedda-skikkelsen er en av Ibsens «moderne rovdyrkvinner» (s. 539). Henry James (1891), derimot, var usikker på om Hedda egentlig er ond og slem, men at hun er syk, var han overbevist om. Vel hundre år senere spør Ibsen-forskeren Bjørn Hemmer (2003) om det er et fortvilet menneske bak Heddas iskalde fasade. I en nylig artikkel skriver Toril Moi (2018) at hun nå ser på Hedda som mer sårbar og skadet enn som en selvgod hunndjevel, slik mange kritikere tidligere har ment.

Ibsen formet sine fiktive personer med alle deres komplekse og urovekkende følelser og egenskaper ut fra en dyp innlevelse og psykologisk forståelse for hva de strever med, og hva som har hendt dem (Hartmann, 2016). Vi forstår karakterene bedre hvis vi tar i betraktning de hintene Ibsen gir om vonde og vanskelige forhold i deres fortid. Slik kan *Hedda Gabler* (1890) og de fleste av Ibsens samtidsskuespill ses på som dramatiske fremstillinger av hvor skjellsettende hendelser og forhold i barne- og

ABSTRACT:

*The enigmatic Hedda Gabler
– An empathic psychological
reading*

Hedda Gabler is one of Ibsen's most enigmatic characters. Many scholars have seen her as both evil and abnormal or meant that Ibsen had created a female character without credibility. The aim of this paper is, through an empathic psychological reading of the characters in the play, to convey a more comprehensible understanding of Hedda's personality. The analysis emphasizes what has respectively been called *tacit knowledge* and *destiny shocks*, together with the experience of having been a *motherless* child. The article focuses on the complexity of Hedda's feelings and personality, her transition to grown-up life, and her «cruel» acts. In addition, new research on suicide is used to explain why she killed herself. It is argued that Ibsen did not create his protagonist as mentally ill or born wicked, but as a coherent, but vulnerable woman.

*Key words: tacit knowledge,
destiny shock, motherless,
suicide, Ibsen, psychotherapy*

»



Kunsten kan gjøre oss mer empatiske og bedre i stand til å hjelpe andre mennesker på mer forståelsesfulle og respektfulle måter

ungdomsårene er for menneskers utvikling og voksne liv. Kunstneriske fremstillinger av slik kunnskap minner oss fagfolk, på en mer følelsesmessig og levende måte enn fagbøker, om hvor viktig kjennskap til pasienters fortid er for å forstå deres tilsynelatende mer eller mindre ubegripelige, irrasjonelle problemer og destruktive handlinger. Kunsten kan gjøre oss mer empatiske og bedre i stand til å hjelpe andre mennesker på mer forståelsesfulle og respektfulle måter, også mennesker som begår tilsynelatende ondartede, destruktive og ufattelige handlinger.

METODISK OG TEORETISK TILNÆRMING

I det følgende vil jeg vise hvordan Heddas komplekse personlighet blir mer forståelig gjennom en empatiske psykologisk lesning av Ibsens drama. Med en psykologisk lesning mener jeg ikke en bestemt «lese-metode», men en medmenneskelig fortolkende lytting til teksten. Denne form for lytting ligner Sigmund Freuds (1968b) holdning *fritt flytende oppmerksomhet*, som går ut på å ta imot alt pasienten formidler, uten å merke seg bestemte deler fremfor andre. Det jeg prøver på, er en mer skjerpet lytting til det som blir sagt og gjort, for å forstå hva rollefigurene direkte og indirekte formidler gjennom sine ord og handlinger. Tilnærmingen tilsvarende den lyttende holdningen jeg som psykoterapeut bruker for å forstå mine pasienter. Slik lytting innebærer en form for ikke-uttalt kunnskap som den ungarsk-britiske vitenskapsmannen og filosofen Michael Polanyi (1966) har kalt *taus kunnskap* («*tacit knowledge*»).

Teoristyrte lesning av litterære tekster kan ifølge litteraturprofessor Erik Bjerck Hagen (2015) skje på to måter: en deduktiv, der intensjonen er å bekrefte, styrke eller teste ut en teori, og en induktiv, mer åpen lesning, der en prøver å gi mening til og vise frem mangfoldet i teksten. Min lesning av *Hedda Gabler* faller inn under det Bjerck Hagen forstår med induktiv lesning.

Portrett av en ung overklassekvinne

Rett før utgivelsen av *Hedda Gabler* skrev Ibsen (1890) til sin franske oversetter Moritz Prozor: «Hovedsagen for mig har været at skildre mennesker, menneskestemninger og menneskeskæbner på grundlag av visse gældende samfundsforhold og anskuelser.» I samsvar med denne intensjonen mener jeg Ibsen med Hedda Gabler har skapt et portrett av en begavet og fortvilet ung kvinne fra dikterens samtid. I tillegg er Hedda *morløs*, i likhet med Nora Helmer i *Et dukkehjem* (1879), Rebekka West i *Rosmersholm* (1886) og Ellida Wangel i *Fruen fra havet* (1888). Jeg har tidligere påpekt at det antakelig var en bevisst strategi fra Ibsens side å la disse kvinnene vokse opp uten mor (Hartmann, 2004). Det hjalp ham til å utforske noen konfliktfylte sider ved kvinners følelsesmessige relasjoner til menn, til det å føde og ha omsorg for barn og til egne ønsker om frigjøring fra datidens strenge og begrensende krav til kvinner. Dette var aktuelle problemstillinger for alle middelklasse- og overklassekvinner i dikterens stadig mannsdominerte samtid, men, slik jeg leser ham, i Ibsens øyne særlig akutte for morløse kvinner.

Skjebnesjokk

I tillegg til å gjøre Hedda *morløs* har Ibsen imidlertid også gitt hint om andre vanskelige forhold ved hennes oppvekst, forhold vi i dag vet kan virke hemmende på barn og unge menneskers psykologiske utvikling, og som kan medføre at de blir dårligere rustet til å mestre det jeg har

kalt *skjebnesjokk* (Hartmann, 2017a). Med det mener jeg uventede skjebnesvangre hendelser som krever en reaksjon fra dem som utsettes for dem. Begrepet har jeg delvis hentet fra dramatikeren Bernhard Shaws (1922) essay *The Quintessence of Ibsenism*. Der forklarer Shaw ekteparet Allmers' reaksjon på sønnens brå død i *Lille Eyolf* (1894) med den tvetydige påstanden: «the shock of such an accident makes us all human for a moment» (s. 123). Ibsen, som selv opplevde alvorlige skjebnesjokk i sine barne- og ungdomsår, utsatte påfallende mange av sine fiktive personer for lignende voldsomme hendelser (Hartmann, 2016). Men i strid med Shaws argument er deres sjokkreaksjoner ofte lite *medfølende*.

Handlingen i *Hedda Gabler* drives frem gjennom den rekken av skjebnesjokk Ibsen utsetter hovedpersonen for, og hennes stadig mer desperate motreaksjoner, som til slutt gjør selvmord til hennes eneste mulighet. Gjennom en empatisk psykologisk lesning kan begrepet *skjebnesjokk* og det faktum at Hedda er *morløs*, hjelpe oss til bedre å forstå kompleksiteten i Heddas følelser og personlighet, hennes mange infame innfall, og hvorfor hun til slutt skyter seg. Jeg vil vise at Ibsen skapte Hedda som en troverdig tragisk kvinneskikkelse som i mitt perspektiv snarere vekker forståelse og medfølelse enn avsky.

Fravær av mor

I psykologisk teori og forskning har man vært opptatt av negative konsekvenser av å vokse opp uten en mor (se f.eks. Ainsworth, 1978; Bowlby, 1988; Lichtenberg, 1983; Main, Kaplan, & Cassidy, 1985). I sin første livsfase blir alle barn følelsesmessig knyttet til sine viktigste omsorgspersoner. På Ibsens tid var det gjerne mor og/eller en eller flere andre kvinner. Barn som ikke har opplevd «*good enough mothering*» (Winnicott, 1957), har ikke ervervet gode stabile introjekter, eller det Ainsworth og Bowlby (Bowlby, 1989) kalte *en trygg base*. Kvaliteten på barns tidlige nære relasjoner påvirker deres opplevelse av indre harmoni og trygghet og deres nysgjerrighet og vilje til å delta i verden og knytte seg til andre mennesker. Tap av eller lengre separasjon fra de nærmeste omsorgspersoner kan føre til usikker identitet og vedvarende følelsesmessig ambivalent tilknytning til viktige andre.

Ifølge Freud (1968a) står alle barn overfor den universelle utfordring å mestre de intense

følelser av kjærlighet, hat, skam og skyld som det triangulære forholdet mellom barn og foreldre gir opphav til. Gjennom barndommen overfører de fleste jenter, i motsetning til de fleste gutter, sitt primære kjærlighetsobjekt fra moren til faren. Men tilknytningen til moren brytes ikke. Den forblir et bånd og en beskyttelse mot de sterke følelsene for og idealiseringen av faren. Etter hvert lærer unge kvinner å regulere og temme de dragende, men også skremmende følelsene for faren og identifisere seg med moren og med de relasjonelle ferdigheter det å være kvinne og mor innebærer. Menstruasjon, samleie, graviditet, fødsel og omsorg for barn er kompliserte erfaringer som innebærer angrep på kvinnens kropp – hva er meg/ikke meg i forhold til blod og melk, en mann som trenger inn i henne, et foster som vokser inne i henne, et barn som en gang var en del av hennes kropp. Å være mor innebærer å godta og tåle smertefulle opplevelser, avstå fra egne interesser, stå overfor farer, gi seg over og risikere å miste kontroll, ja, endog risikere døden for å kunne gi og motta seksuell nytelse.

I dag kan kvinner i langt større grad enn på Ibsens tid kombinere giftermål, moderskap og egen utvikling, utdanning og yrkeskarriere. Det gjør det mulig for vår tids kvinner bedre å mestre konflikten mellom selvbeskyttelse og selvrealisering på den ene siden og kravene til moderskap og det å være kvinne på den andre siden. De aksepterer en viss form for selvoppofrelse og selvoppgivelse, men uten å miste eller være redd for å miste kontrollen over egen utvikling fullstendig. Men på Ibsens tid, og spesielt når det ikke var noen mor til stede, kunne den unge kvinnens identitet bli sårbar og evnen til å gi og motta omsorg og kjærlighet bli skadelidende. For kvinner som ikke har opplevd god nok omsorg, kan voksen kjærlighet og seksualitet representere overveldende erfaringer og bli farlige utfordringer. De har ikke nok trygghet og styrke til å regulere de konfliktfylte følelsene som menn og maskulinitet, så vel som muligheten for svangerskap og det å bli mor vekker i dem. Noen morløse kvinner kan da stå i fare for å bli så overveldet av lengslene etter og idealiseringen av faren at de ikke klarer å mestre dem på adekvate måter (Deutsch, 1944). En uheldig løsning kan da bli overdreven selvkontroll, der egne ønsker og lengsler fortrenses og forblir ubevisste, uløste konflikter.

Men det å være morløs kan også påviselig ha positive følger, som det er forsket langt mindre på. Et litteratursøk i *Psychinfo* fra 1949 til april 2019 med søkeordet «motherless» ga 80 referanser, men ifølge sammendragene tok ingen av artiklene opp mulige positive virkninger av å være morløs. Den amerikanske psykoanalytikeren og sosiologen Nancy Chodorow (1999) har riktignok hevdet at et mor–datter-forhold i større grad enn relasjonen mellom far og datter eller mellom mor og sønn kan bli for tett. Morens omsorg og, samtidige, kontroll over datteren kan hemme datterens evne til å bli selvavgrenset og atskilt fra moren og slik gjøre det vanskeligere for unge kvinner enn for unge menn å bli trygge, selvstendige individer. Slik sett kan fravær av mor, selv om det vil være problematisk, gi døtre mer rom til atskilthet og egenart, og derved åpne for andre utviklingsmuligheter henimot individualitet og selvrealisering enn det den tradisjonelle utviklingen henimot moderskap gjerne gir.

At Hedda vokste opp uten mor, kan kanskje bidra til å forklare både hennes sterke, energiske og kontrære selvstendighet og hennes store sårbarhet. Uten en mors oppdragelse kan det for eksempel være lettere for unge kvinner å finne sin egen vei, være annerledes og begå ukonvensjonelle handlinger («sligt noget gør man da ikke!» (s. 161)¹ er et kjent utsagn om Hedda i dramaet). Men det kan samtidig være vanskeligere å tre inn i rollen som hustru og mor. Samlet er imidlertid spørsmålet om det å være morløs kan hjelpe kvinner til å avvise den såkalte naturlige kvinneverden, lite studert og diskutert i psykologisk faglitteratur. Derfor kan Ibsens portretter av Hedda og andre morløse kvinner som er i konflikt med de rådende krav til kvinner, kaste lys over kvinners ambivalens og kamp overfor den tradisjonelle kvinneverden og slik utgjøre et supplement til sparsom empirisk psykologisk kunnskap på dette området.

Høyborgerlige kvinners stilling på Ibsens tid

Handlingen i *Hedda Gabler* er lagt til et embetsmannsmiljø som blant andre Joan Templeton (1997), Hemmer (2003) og Helge Rønning (2006) har beskrevet som autoritært og svært kvinneundertrykkende, med atskillig strengere og mer begrensede regler for kvinners enn for menns utfoldelse. I opptegnelsene til *Hedda Gabler* skrev Ibsen (1928–1957): «Kvin-

derne har ingen indflydelse på de ydre statsansliggender. Derfor vil de ha «indflydelse på sjælene». Kvinnen skulle være seksuelt uberørt før ekteskapet og underordnet først faren, deretter en eventuell ektemann. Datidens overklassekvinner hadde ikke råderett over egen formue, og både gifte og ugifte kvinner hadde meget begrenset anledning til utdanning og lønnet arbeid. Som gift skulle overklassekvinner være hjemme med barna og ha hushjelp, barnepike og helst tjenere som sto for alt praktisk arbeid. Det var svært få muligheter til selvrealisering og et meningsfylt liv for unge kvinner fra velstående familier, spesielt hvis de av ulike grunner ikke var «skabte til at være mødre», for å bruke et annet sitat fra Ibsens opptegnelser til stykket. Kvinners ufrie og innestengte stilling i familien og i samfunnet ga mange en sterk opplevelse av formålsløshet, lede og kjedsomhet.

Selv mord og unge mennesker

Psykologisk forskning har vist at unge mennesker som strever med å etablere seg som voksne, har relativt høy risiko for å ta sitt eget liv, spesielt hvis den unge har forholdsvis lite utdanning og et snevert sosialt nettverk av jevnaldrende (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012). En del selvmord blant yngre skjer uten at den unge har vist tegn til depresjon eller andre psykiske lidelser (Maltsberger, 2004) og uten tidligere ikke-dødelige selvmordsforsøk (Joiner, 2005). Andre studier viser at selvmord blant unge ofte skjer impulsivt (Christiansen & Jensen, 2007; Gjelsvik, 2013). Lett tilgang til skytevåpen og andre suicidale hjelpemidler kan derfor øke risikoen for selvmord blant yngre mennesker.

I en norsk studie dybdeintervjuet Rasmussen og medarbeidere (2017) foreldre og andre nære etterlatte til unge menn som tilsynelatende uventet hadde begått selvmord. Informantenes fortellinger og såkalte selvmordsbrev tilsa at de fleste av selvmordene var utløst av en sterk opplevelse av at alt håp var ute om å innfri egne ambisjoner om å bli vellykkede selvstendige voksne, kombinert med stor skam knyttet til mulig avsløring av egne mangler og svakhet. Særlig fedrene mente at sønnens selvmord skyldtes manglende evne til å leve opp til farens idealer og forventninger. De døde hadde vært ensomme unge voksne med dårlig selvfølelse og liten evne til å håndtere eller vise følelser og be om hjelp. De hadde vært i desperat krise fordi de ikke hadde fått til det selvstendighetsprosjektet

de burde ha fått til. Jeg vil si at dette ble deres *skjebnesjokk*, sjokk de ikke mestret og ikke maktet å snakke om. Slik ble selvmord opplevd som deres eneste vei ut av problemene. Den suicidal handlingen ble iscenesatt som «en heroisk fremstilling av seg selv» (Rasmussen et al., 2017, s. 13, min oversettelse). Handlingen skulle fungere som en dekkoperasjon over egen tilkortkommenhet. De etterlatte skulle forstå selvmordet som en maskulin og modig beslutning tatt alene uten noen forutgående forsøk på å få hjelp. Selv om denne studien gjelder unge menn, og forskerne tolket selvmordene som uttrykk for kompensatorisk maskulinitet, kan funnene også være relevante for unge kvinner, spesielt hvis de, som Hedda, har en mer maskulin psykologisk identitet, idealiserer faren og bærer på et for dem livsviktig selvstendighetsprosjekt i overgangen til å etablere seg som voksen.

Min forståelse av hvorfor Hedda skyter seg, er i samsvar med denne forskningen og med den amerikanske psykoanalytiker John T. Maltzberger (2004) modell for «suicidal sammenbrudd» (s. 654) 2. Hans forskning og kliniske erfaring tilsier at den viktigste drivkraften bak nesten alle selvmord er «mental smerte» (s. 655) eller «psychache» (Shneidman, 1993, s. 51). Ifølge Maltzberger begynner suicidalitet gjerne med at personen overstrømmes av «en overveldende uutholdelig smertefull følelse» (s. 654). Slik emosjonell overstimulering kan ramme alle i kritiske livssituasjoner. Men for mennesker med liten evne til å regulere følelser, kan emosjonell overstimulering innebære stor selvmordsfare. De prøver på ulike måter å tåle de intense følelsene. De fleste greier dette, mens noen få «opplever at deres selv-integritet holder på å falle sammen eller gå under» (s. 656). Når man er «[f]anget i en opplevelse av uutholdelig smerte og fragmentering av selvet der evnen til realitetstesting og selvoppholdelse synes å gå i oppløsning» (s. 657), kan selvmord fremstå som en «triumpf og ny begynnelse» (s. 657) – en siste mulighet til å gjenopprette selvet og selvrespekten.

ANALYSE: EN FORSTÅELIG HEDDA

I det følgende vil jeg gjennom analyse av handlingen i Ibsens drama, med vekt på utvalgte tekstutdrag, vise at Hedda-skikkelsen ikke er alvorlig psykisk syk eller av natur ond, men en meget sårbar, fortvilet og ensom ung kvinne i et svært kvinneundertrykkende og patriarkalsk samfunn. Hun har en drøm om et liv i skjønnhet og frihet, som hun samtidig, på tragisk og destruktivt vis, undergraver.

Den aristokratiske generaldatteren

Hedda er en vakker, begavet 29 år gammel kvinne med «ansigt og skikkelse ædelt og fornemt formet» (s. 96). Men trass i hennes overklassebakgrunn er både oppveksten og hennes aktuelle livssituasjon mer preget av mangel og fravær enn av storhet og overflod. Mye tyder på at hun er enebarn og har vært morløs fra hun var ganske liten. Det er som alt nevnt ingen referanser til moren, men hele stykket er preget av et intenst fravær av mor eller en annen kvinne som kunne vært i mors sted. Det er heller intet som tyder på at Hedda har eller har hatt nære venninner hun kunne snakke fortrolig med. Thea Elvsted var aldri en venninne, bare en yngre medelev fra skoledagene: «Hun med det irriterende håret, som hun gikk omkring og gjorde opsigst med. Din [Tesmans] gamle flamme, har jeg hørt si» (s. 99). Hedda kunne trengt en omsorgsfull dadda slik Anne-Marie i *Et dukkehjem* var for den morløse Nora gjennom hele oppveksten og senere som barnepike for Noras barn: «Du gamle Anne-Marie, »



Hun har en drøm om et liv i skjønnhet og frihet, som hun samtidig, på tragisk og destruktivt vis, undergraver

du var en god moder for mig da jeg var liden.» «Lille Nora, stakkar havde jo ingen anden mor end mig» (s. 36).

I kontrast til fraværet av moderlig omsorg og kvinnelig fellesskap står et sterkt far-datter-forhold preget av farens – general Gablers – antakelig autoritære og militære væremåte. I brevet til Prozor skrev Ibsen (1890) at stykkets tittel *Hedda Gabler* skal antyde at «hun som personlighet mere er at opfatte som sin faders datter end som sin mands hustru». Hedda synes å ha en mer *maskulin* enn *feminin* psykologisk identitet. Det kan virke som om den sønneløse generalen har oppdratt datteren som om hun var den gutten han aldri fikk. Han lærte henne for eksempel å skyte med pistoler og tok henne med på sine daglige rideturer, der hun «i den lange sorte klædeskjolen. Og med fjær på hatten» ble beundret av alle som så «når hun red med sin far ud over vejen» (s. 90).

Men opp på fanget tok nok generalen aldri lille Hedda. Kjærlig omsorg, kos og lek – erfaringer som er viktige for alle barns utvikling – preget neppe samværet dem imellom. Farens oppdragelse begrenset seg antakelig til strenge krav til disiplin, en uplettet livsform og en staselig fasade. Hedda fikk ingen utdanning utover alminnelig skolegang på en institusjon for unge piker. Generalen døde uten å etterlate datteren noen arv, bortsett fra sine pistoler, som Hedda gjerne har for hånden, et piano hun er sterkt knyttet til, og et portrett av ham selv i generalsuniform, som alt henger på veggen i det nybakte ekteparets hjem – faren er som en evig vokter over datteren. Hedda kunne trengt en mer moderne livsveiviser, slik doktor West var for sin morløse pleiedatter Rebekka i *Rosmersholm* mens hun var barn og ungdom.

Den lille ensomme Heddas lengsel etter kjærlighet fra en mor som ikke fantes, og en far med svært begrenset og maskulin omsorgsevne var antakelig så overveldende og ble så feilaktig møtt at alle Heddas ønsker om godhet og nærhet og alle følelser som glede, skuffelse, raseri, misunnelse så vel som seksuell lyst måtte fortrenses. Men fortrenge ønsker og følelser forsvinner ikke. De forblir ubevisste drivkrefter og uløste konflikter som den voksne Hedda vet lite om, men som plutselig kan føre til destruktive handlinger som hun selv innrømmer at hun ikke har kontroll over: «sligt noget kommer over mig ret som det er. Og så kan jeg ikke la det være ... Å, jeg ved ikke selv, hvorledes jeg skal forklare det» (s. 118).

Den voksne Hedda er preget og begrenset av farens idealer og av å være kvinne innenfor et strengt, patriarkalsk overklassesamfunn. Det er, så vidt jeg har oversikt over, sjelden Ibsen angir sine skikkelsers øyenfarge. Hedda er et unntak. Hennes øyne «er stålgrå og udtrykker en kold, klar ro» (s. 96), noe flere Ibsen-kjennerne enn meg har sett som Ibsens første hint om Heddas maskuline identitet og fascinasjon for pistolkuler. Hun foretrekker mannlige aktiviteter som å «muntre mig med ... mine pistoler» (s. 112) og truende skyte-episoder: «Nu skyder jeg Dem, assessor Brack!» (s. 113), men hun skyter bare «op i den blå luft» (s. 113).

Hedda vet at det bare er gjennom en manns posisjon at hun som kvinne kan få samfunnsinnflytelse. Som mange begavede kvinner fra datidens embetsmannsmiljø bærer hun likevel på et indirekte selvstendighetsprosjekt der hun kan utfolde og frigjøre seg gjennom å ha innflytelse på *sjelene* til viktige menn i sitt liv. Samtidig har hun mangelfulle følelsesmessige relasjoner til andre mennesker og begrenset kunnskap om livet, menneskene og samfunnet rundt seg. Hun ser på andre mennesker mer som redskaper som hun kan bruke til å gi mening og skjønnhet til eget liv, enn som individer. Dette blir spesielt tydelige i hennes handlinger overfor Thea Elvsted og Ejlert Løvborg. Hun er også svært redd for hva voksen kjærlighet, intimitet, seksualitet, svangerskap og moderskap måtte innebære. Hun misliker alt som har med kjærlighet og seksualitet å gjøre og kaller ordet «elsker» for «det klissede ord» (s. 115) og avviser sex som «[s]ligt vil jeg ikke vide af» (s. 116). Hun aner imidlertid hvor sårbar hun er, og strever med å beskytte seg, finne ut hvem hun er, og om det er mulig for henne å leve et meningsfylt liv.

Den opprørske kunstnernaturen Ejlert Løvborg

Som ung hadde Hedda *en* nær venn – den begavede, men drikkfeldige kulturhistorikeren Ejlert Løvborg. Han hadde brutt med borgerskapets strenge leveregler og, som Ibsen (1928–1957) skrev i forarbeidene til stykket, «bøjet sig mod Bohemen». Dette syntes Hedda var spennende, men som Ibsen også skriver i forarbeidene, hun «drages mod den samme side, men vover ikke spranget». Sammen med Løvborg hadde Hedda freidigheten og motet til å stille «omsvøbsfulde spørsmål» (s. 127) som skapte

«denne løndomsfulde fortrolighet» (s. 126) dem imellom. Hun fikk ham til å fortelle om seg selv «hvad ingen af de andre vidste dengang» (s. 127). Hun tillot seg å være nysgjerrig og bruke sin innflytelse over ham til å «kikke lidt ind i en verden som ... en ikke har lov til at vide besked om» (s. 127). Han viste henne en fortrolighet hun nok ønsket, men ikke maktet å gjengjelde. For Hedda var det livsviktig at forholdet ikke ble seksuelt. «Var det ikke kærlighed i forholdet til *mig* heller?» spør han. «Ja, mon der egentlig var det? For mig står det, som om vi var to gode kammerater. To rigtig fortrolige venner. (smiler) De især var svært åbenhjertig» (s. 126), svarer hun. Men han gir seg ikke og spør: «Men si mig så, Hedda – var det ikke kærlighed på bunden av forholdet? ... Var det ikke så?» «Nej, ikke ganske» (s. 127), fastholder hun.

Samtidig forteller Hedda at da hun fornemmet «[d]engang – da vi to kendte hinanden» (s. 125) at «der var overhængende fare for at der vilde komme virkelighed ind i forholdet»

(s. 127), ble hun så vanvittig redd og sint at hun truet med å skyte sin eneste venn med en av farens pistoler. Å slippe til seksuell lyst var overveldende skremmende. Det kunne medføre tap av seg selv som subjekt, en fullstendig selvoppgivelse – gi seg hen, gå under uten å kunne komme opp igjen. Men som hun betror Ejlert, var hun den gangen for feig til å gi etter for sinnet og skyte ham. «Så ræd er jeg for skandalen» (s. 127), forklarer hun, men røper samtidig: «Det at jeg ikke turde skyde Dem ned ... – det var ikke min argeste fejhed – den aften». Ejlert «(ser et øjeblik på henne, begriber, og hvisker lidenskabeligt): Å Hedda! Hedda Gabler! Nu skimter jeg en dulgt grund under kammeratskabet! Du og jeg – ! Det var dog livskravet i deg –». Men Hedda svarer «(sagte med kvast øjekast): Vogt dem! Tro ikke sligt noget!» (s. 128). Begge føler nok i likhet med publikum den intense, uforløste seksuelle spenningen mellom dem og hennes undertrykte lengsel etter ham og samtidige redselen for hva denne dragingen kunne innebære. For Hedda var og er seksualitet og intimitet altfor farlig.

Det latterlige ekteskapet

Mange Ibsen-forskere har ment at det ikke er troverdig at Hedda giftet seg med en mann som Jørgen Tesman. De to har nærmest intet til felles utover at begge er morløse. Han er en selvtilfreds, tradisjonsbundet, kjedelig og fantasiløs

fagperson fra småborgerskapet med sans for å «rode i bogsamlingerne» (s. 114) og studere «den brabantiske husflid i middelalderen» (s. 95), med overdreven opptatthet av sine «gamle morgensko! Tøflene» (s. 96) og ikke minst helt avhengig av sine to selvoppofrende tanter, som ikke hadde «nogen anden glæde i denne verden end at jævne vejen for dig, min kære gut» (s. 95). Tesman har giftet seg sosialt oppover med en kvinne fra det øvre borgerskapet. Hedda, derimot, er en elegant, utilfreds sosietetskvinne med sans for det herskkelige og det vakre og bare skrekk og gru for «disse evige tanterne» (s. 118), det tette forholdet mellom ektefellen og tante Julle og det småborgerlige miljøet hun har giftet seg inn i.

Hedda synes imidlertid ikke valget av Tesman «er så underligt ... Jeg havde virkelig danset mig træt, kære assessor. Min tid var omme» (s. 115). Hun hadde mange oppvartende kavalerer og hadde vel regnet med å bli gift og forsørget av en som kunne tilby henne å «leve selskabeligt. Førre hus» (s. 112) og fortsette «slik som hun var vant til å ha det mens generalen levte» (s. 317). Men bare *en* kavaler – en mann *under* hennes stand – Jørgen Tesman – fridde. Som den morløse Ellida i *Fruen fra havet* og svært mange kvinner fra borgerskapet på Ibsens tid giftet Hedda seg ikke av kjærlighet, men for å bli forsørget. Ellidas ektefelle, Doktor Wangel, elsker imidlertid sin *frue fra havet* og makter gjennom deres mange fortrolige samtaler å vinne hennes kjærlighet ved å gi henne frihet og ansvar for eget liv (Hartmann, 1994). Heddas mann, derimot, prøver sammen med sin invaderende tante Julle å tvinge Hedda inn i en tradisjonell kvinne- og morsrolle – roller som Hedda verken kan eller vil fylle. Hun har i stedet helt andre og fullstendig urealistiske tanker om å bruke sin innflytelse over ektemannen til å få ham «til at slå sig på politik ... kunde bli statsminister?» (s. 119-120). Hun blir imidlertid straks realitetsorientert av assessor Brack: «Hm, – ser De, kære fru Hedda, – for å bli *det* måtte han nu for det første være en temmelig rig mand» (s. 120). «Det er disse tarvelige vilkår jeg er kommet ind i – Det er *dem*, som gør livet så ynkeligt! Så rent ud latterligt!» (s. 120), svarer hun.

Det foregår en maktkamp mellom Hedda og hennes aristokratiske livsstil på den ene siden og det oppadstrebbende småborgerskapets verden representert ved Tesman og tante Julle på den andre siden. Frode Helland (1994, 2018) har på grunnlag av en tidligere, tankevekkende

»



Hedda synes å ha en mer maskulin enn feminin psykologisk identitet

analyse av filosofen Theodor Adorno (1974) en forståelse av den pinlige såkalte *hatte-scenen* i første akt, der Hedda fornærmer tante Julle ved å late som hun tror tantens nye hatt er tjenestepikens. Fornærmelsen kommer rett etter at tante Julle har gitt Tesman hans gamle tøfler, som han har savnet på bryllupsreisen, og etter at han forgjeves har prøvd å få Hedda interessert i de «mange erindringer der knytter seg til dem» (s. 97). Han sier henvendt til tanten: «Ja, men jeg synes at nu, da hun [Hedda] hører til familien» – men blir straks avbrutt av Hedda: «Den piken kommer vi visst aldri ut av det med, Tesman ... Se der! Der har hun lagt sin gamle hat etter sig på stolen» (s. 97). De fleste publikummere reagerer nok mer på Heddas ondskapsfulle handling og i mindre grad på at Tesmans utsagn har dobbelt bunn. Han forsøker å tvinge hustruen til å innordne seg sin nye familie samtidig som han snakker over hodet på henne i tredjerson mens hun er til stede. Heddas handling er sjofel, men samtidig et desperat forsvar mot å bli dradd inn i den tesmanske trivielle intimsfære.

De nådeløse skjebnesjokkene

Når teppet går opp, er Hedda for meg et uendelig ensomt menneske uten noe fortrolig fellesskap og med en dyp lengsel etter psykologisk og økonomisk trygghet og et liv i skjønnhet, og en like dyp redsel for nærhet og menneskelig fellesskap, samt en «slig dødelig skræk for skandalen» (s. 159). Hun er tilsynelatende sterk og selvstendig, men innvendig opprevet, feig, fortvilet og derfor destruktiv.

Å stå alene uten formue var Heddas første skjebnesjokk som voksen – et farssvik som kompliserte hennes overgang til voksenverdenen. Hun sto i fare for å miste sin klassestatus, hadde ingen penger og ingen utdanning, men dyre vaner og store fordringer til et elegant liv innenfor «*vor kreds*» (s. 115). Hun brøt med datidens normer ved at hun utsatte giftermål lengst mulig. En mann som kunne gi henne mulighet til å realisere sitt selvstendighetsprosjekt, hadde ikke meldt seg. Men kanskje viktigere var det at hun ikke ønsket å gifte seg, fordi hun ante at hun psykologisk verken var rede til seksuelt intimt samliv eller til å bli mor. Men å forbli ugift og velge en av de få realiserbare veiene til økonomisk selvstendighet og et friere liv våget hun likevel ikke. Hun tok Tesman fordi han var den eneste mulige kandidaten og hennes verdi på ekteskapsmarkedet var i ferd med å synke. Hun trodde han ville være et trygt nok økonomisk og, like viktig, trygt nok psykologisk valg. Tesman skulle bli professor og slik sikre henne en plass blant byens øvre sosiale sjikt, samtidig som hun så på ham som så lidenskapsløs at han neppe representerte noen trussel mot hennes angst for seksualitet og moderskap.

Alt på bryllupsreisen, før stykket har begynt, kom Heddas sjokk over at hun hadde valgt feil mann. Det var likevel ikke trygt å gifte seg med Tesman. Han har gjort henne gravid. Mange kvinner har motsetningsfylte følelser ved uønsket eller førstegangsgraviditet, men for Hedda var svangerskapet katastrofalt. Når hun forstår at hun er med barn, virker det som om hun, for å bruke Maltsbergers (2004) ord, *overstrømmes* av en *uutholdelig* redsel og avsky. Hun stopper enhver samtale om mulig svangerskap. Tesman sier til tante Julle (igjen i tredje person om Hedda mens hun er til stede): «Ja, men har du lagt merke til hvor fyldig og frodig hun er ble't? Hvor svært hun har lagt sig ud på rejsen?» Hedda stopper ham: «Å, la da være – !». Men tante Julle fortsetter: «Lagt sig ud?» Tesman: «Ja, tante Julle, du kan ikke så godt se det nu, hun har kjolen på sig. Men jeg, som har anledning til at –» Hedda avbryter mannen utål-

modig: «Å, du har ikke anledning til noenting! ... Jeg er akkurat nu som da jeg rejste». «Ja, det påstår du. Men nej såmæn om du er. Synes ikke du også tante?» (s. 97–98), repliserer Tesman, og tante Julle svarer: «Dejlig, – dejlig, – dejlig er Hedda. (Går hen til hende, bøjer med begge hænder hendes hode og kysser hende på håret). Gud velsigne og bevare Hedda Tesman. For Jørgens skyld» (s. 98). Else Høst (1958) tolket i sin tid tantens handling som «uselvisk» og uttrykk for «generøs kjærlighet» (s. 133). For meg oppleves den ikke bare som en nådeløs hevn for Heddas sjofelhet, men også som at Hedda for tante Julle ikke er noe annet enn Jørgens hustru og den som skal bli mor til hans barn – aldri et individ med egne behov og ønsker.

Tesman berører igjen temaet Heddas graviditet med vennen assessor Brack: «Ser hun ikke frodig ud? Hun formelig –.» Men han blir skarpt avbrutt av Hedda: «Å, lad endelig mig bli udenfor» (s. 108). På tilsvarende måte avbryter hun Brack da han tar opp moderskapet som Heddas nye «alvorsfulde og – ansvarsfulde krav»: «Ti stille! Aldrig får De oppleve noget av den slags! ... Jeg har ikke anlæg til sligt noget, herr assessor. Ikke noget med krav til mig!» (s. 120). Det er nesten som om Hedda benekter for seg selv og omverdenen at hun er gravid, eller lar Ibsen henne og vi som publikum alt her ane at hun ikke vil holde ut livet som vordende mor?

Neste sjokk kommer i første akt. Brack sår tvil om at Tesman blir professor. Han vil få konkurranse av Løvborg, som uventet har skrevet en kulturhistorisk bok som har vakt «[g]anske ualmindelig opsigt» (s. 109). Dette er et dødsstøt mot Heddas selvstendighetsprosjekt om et liv i skjønnhet gjennom ektefellens sosiale posisjon. Ekteskapskontrakten ryker. Hedda sier: «Livré-tjeneren får jeg naturligvis ikke ... Og ridehesten som jeg skulle ha – ... Den tør jeg vel ikke engang tænke på nu ...» Hun tilføyer imidlertid: «Nå – en ting har jeg da ialfald at muntre mig med så længe ... Mine pistoler» (s. 112) – nok et hint om selvvalgt død.

Og sjokkene fortsetter. Thea Elvsted forteller stolt at hun gjennom kjærlighet og omsorg for Ejlert Løvborg «fik ligesom et slags magt over ham ... Han la af sine gamle vaner ... Og så kom den dejlige, lykkelige tid, da jeg fik del i hans arbejde! Fik lov at hjælpe ham!» (s. 106–107). Hedda blir dypt såret og *uutholdelig* sjalu: «Å, dersom du kunde forstå hvor fattig jeg er. Og *du* skal ha lov til at være så rig! (slår armene

lidenskabeligt om hende [Thea]): Jeg tror, jeg svier håret av dig alligevel» (s. 133).

Hedda bærer på en fantasi om ungdomsvennen som en dionysisk fri sjel. Hun ønsker antakelig å bli lik den personen hun feilaktig tror Løvborg er, og slik bevare sin Gabler-identitet. Selvsentrert vil hun bruke ham «for en eneste gang i mit liv ha magt over en menneskeskæbne» (s. 132). Hun turrer Løvborg til å bli med Tesman og Brack på fest samtidig som Løvborg lover å komme tilbake for å følge Thea hjem. «Klokken ti, – da kommer han altså. Jeg ser det for mig. Med vinløv i håret. Hed og frejdig – ... Og da ser du, – da har han fåt magten over sig selv igen. Da er han en fri mand for alle sine dage» (s. 132).

Men Hedda har ikke lenger makt over Løvborg. Han kommer ikke som avtalt og lever ikke opp til hennes urealistiske drøm om hvem han er. «Her er slet ingen kommet», konstaterer Thea. «Og vi som sad her og våged og ventet lige til klokken fire –» (s. 135), svarer Hedda. Løvborgs svik vekker et intenst hat og ønske om hevn. Hun overtaler ektefellen, som har funnet manuskriptet, til ikke å gi det tilbake til Løvborg: «Nej, – gi det ikke fra dig! Ikke straks, mener jeg. Lad mig få læse det først jeg gemmer den [pakken med manuskriptet] for dig så længe» (s. 138–139). Hun er fullstendig ufølsom og svært destruktiv overfor Løvborg og overfor Thea, som er fortvilet over at han har mistet manuskriptet. Hun røper ikke at hun har manusheftene, men spør i stedet tilsynelatende uvitende: «Hefterne? ... Men – hvor er de da?» (s. 146). Hun får en desperat idé om å utnytte Løvborgs selvmordstanker til eget formål når han betror henne at han bare vil «se at få en ende på det altsammen. Jo før jo heller» (s. 147). Hedda: «Kunne De ikke se til, at – at det skede i skønhed?» Han: «Med vinløv i håret». Hun: «Å nej. Vinløvet, – det tror jeg ikke længer på. Men i skønhed alligevel!» (s. 147). Idet Løvborg skal gå, stopper hun ham. «Nej vent! En erindring fra mig skal De da ta med Dem». Hun åpner pistolkassen og gir ham pistolen hun for mange år siden rettet mot ham: «Brug De den nu ... Og så i skønhed, Ejlert Løvborg. Lov mig bare det!» (s. 147). Da han har gått, tar hun manuskriptet frem, setter seg ved ovnen og «(kaster et av hefterne ind i ilden og hvisker hen for sig): Nu brænder jeg dit barn, Thea! – Du med krushåret! Dit og Ejlert Løvborgs barn. (kaster de øvrige ind.) Nu brænder, – nu bræn-

»



Min analyse av Hedda ligner min måte å forstå mine pasienter og deres destruktive og tilsynelatende ubegripelige væremåte på

der jeg barnet» (s. 147). Men ikke bare Theas og Ejlerts barn. På magisk vis brenner hun også sitt eget ufødte barn og alt håp for fremtiden.

Selvmordet

Så kommer de siste, fatale skjebnesjokkene. Først de pinlige detaljene rundt Ejlert Løvborgs død. Han hadde ikke, slik Hedda fantaserte om, «mod til at leve livet etter sit eget sind ... Det, at han hadde kraft og vilje til at bryde op fra livsgildet – så tidlig» (s. 156). Hennes avsyndige forsøk på å få ham til å dø i skjønnhet har mislykkes. Løvborg blir funnet død i frøken Dianas boudoir, skutt i underlivet, antakelig av et vådeskudd. Politiet har pistolen, og assessor Brack har gjenkjent den som Heddas. Brack lover å tie, men hvis han ikke tier og «eieren opdages, hvad kommer så?» spør Hedda, og Brack svarer: «Ja, Hedda – så kommer skandalen ... som De har slig dødelig skræk for» (s. 159). Hedda innser at hun er fanget i en farlig manns makt, avhengig av hans krav og vilje. «Ufri. Ufri altså! (Hedda rejser sig heftigt.) Nej, – den tanke holder jeg ikke ud! Aldrig!» (s. 159). «Man plejer ellers å finde sig i det uundgåelige», sier og tror nok Brack, for han kjenner ikke den destruktive styrken i Heddas æresfølelse.

Til sist svikter også ektefellen. Sammen med sin gamle flamme Thea prøver han å gjenskape Løvborgs manuskript. Hedda spør om de kan bruke henne til noe, og får svaret: «Nej, ingen verdens ting. Herefter får såmæn De være så snild at holde Hedda med selskab, kære assessor!» Og Brack svarer med et øyekast til Hedda: «Skal være mig en overmåde stor fornøjelse» (s. 160).

Livet er blitt uutholdelig smertefullt og meningsløst for Hedda. Hun har gjennom sine desperate handlinger mistet den makt hun måtte ha hatt over Løvborg, Tesman og Brack. Den stolte generaldatterens aristokratiske håp om et liv i frihet og skjønnhet i samsvar med farens idealer er borte. Bare en uhyggelig ødeleggende selvforakt og en kontrollert død alene sammen med sitt ufødte og sterkt uønskede barn gjenstår. Hun spiller en vill dans på farens piano og skyter seg så i tinningen – en selvmords-strategi som er mer typisk for menn enn for kvinner – og som for Hedda antakelig er *en triumf – en heroisk fremstilling av seg selv* i et siste fortvilet forsøk på å gjenopprette sitt gablerske selv.

Avsluttende bemerkninger

Min analyse av Hedda ligner min måte å forstå mine pasienter og deres destruktive og til-

synelatende ubegripelige væremåte på. Deres bestrebelse på å mestre sitt liv blir mer begripelige når jeg ser dem med et skjerpet empatisk blikk og med viten om hva de har opplevd.

Jeg er enig med filosofen og samfunnsforskeren Jon Elster, som i et intervju i *Morgenbladet* 13. september 2019 kritiserer særlig psykologer for å ha «neglisjert litteraturen ... som kilde til innsikt». Skjønnlitteratur er i altfor stor grad et ubrukt kunnskapsreservoar for psykologer. Gjennom sine mange fiktive personer har for eksempel Ibsen levendegjort hvordan fortiden på godt og vondt påvirker menneskers nåtidige liv. Kunstneriske fremstillinger av menneskeskjebner og komplekse følelsesmessige reaksjoner kan gi dyptgripende forståelse av oss selv og våre medmennesker. Vår *tause* menneskekunnskap og empatiske terapeutiske holdning blir styrket og utvidet. Slik kan vi bli bedre i stand til å forstå og hjelpe også mennesker som er svært forskjellig fra oss selv, og som vi derfor umiddelbart kanskje ikke behandler på en innlevende og forståelsesfull måte. Det er mitt håp at denne artikkelen kan inspirere flere psykologer og andre som skal være til hjelp for vanskeligstilte, til å se på Ibsens samtidsdramaer og all god litteratur som en mulig kilde til en mer empatisk psykologisk forståelse.

KONKLUSJON

I denne artikkelen har det vært mitt mål å vise at Ibsen ikke har skapt Hedda-skikkelsen som alvorlig sinnslidende eller ond av natur, men som en dypt utilfreds kvinne som føler, tenker og handler som hun gjør, fordi hun aldri har fått oppleve sin mors omsorg og kjærlighet, fordi hun er sterkt påvirket av sin fars maskuline verdier, og fordi hun er sosialt deklassert og fullstendig ensom og fremmed i et patriarkalsk samfunn uten en meningsfull plass for intelligente kvinner som av ulike grunner ikke egnet seg til, eller ikke ønsket, å få barn. ✘

-
- 1 Sitatene fra Ibsens skuespill er hentet fra *Minneudgave. Henrik Ibsen Samlede Verker* (1908). *Et dukkehjem* og *Rosmersholm* står i fjerde bind og *Hedda Gabler* i femte bind. Sidehenvisningene står i parentes etter siteringen.
 - 2 Alle oversettelser fra Maltzberger (2004) er ved undertegnede..

REFERANSER

- Adorno, T.W. (1974). *Minima Moralia. Reflection from a damaged life*. (Overs. E.F.N. Jephcott). London: NLB.
- Bowlby, J. (1989). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Tavistock/Routledge.
- Chodorow, N. (1999). *The reproduction of mothering*. Berkeley: University of California Press.
- Christiansen, E., & Jensen, B.F. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: A register-based survival analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 257–265.
- Deutsch, H. (1944). *The psychology of women*. New York: Grune & Stratton.
- Elster, J. (2019). Aktuelt portrett, *Morgenbladet*, 36, 8–12.
- Ferguson, R. (1996). *Henrik Ibsen. Mellom evne og higen*. (Overs. Bjørn Alex Herрман). Oslo: J. W. Cappelens Forlag AS.
- Figueiredo, I. de (2010). *Henrik Ibsen. Mennesket og masken*. Oslo: Aschehoug forlag.
- Fjelde, R. (1978). *Henrik Ibsen. The complete major prose*. (Overs. og introdusert av Rolf Fjelde). New York: Penguin Books.
- Freud, S. (1968a). Three essays on sexuality. *The Standard Edition of the Complete Psychoanalytic Works of Sigmund Freud*, vol. 7, s. 135–243. (Red. og overs. J. Strachey). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1968b). On beginning the treatment (Further recommendations on the technique of psycho-analysis). *The Standard Edition of the Complete Psychoanalytic Works of Sigmund Freud*, vol. 12, s. 123–143. (Red. og overs. J. Strachey). London: Hogarth Press.
- Gjelsvik, B. (2013). *Suicidal intent and access to suicidal means in deliberate self-harm: A longitudinal study*. University of Oslo, Norway.
- Hartmann, E. (1994). The lady from the sea. I: B. Hemmer & V. Ystad (red.), *Contemporary Approaches to Ibsen*, (Vol. 8, 99–119). Oslo: Scandinavian University Press.
- Hartmann, E. (2004). Ibsen's motherless women. I: K. Brynhildsvoll & A. Kittang (red.), *Ibsen Studies*, (Vol. 4(1), 80–91). Oslo: University of Oslo.
- Hartmann, E. (2016). Ibsens skamskutte barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(1), 60–67.
- Hartmann, E. (2017). Ibsens skjebnesjokk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(12), 1174–1183.
- Hawton, K., Saunders, K.E., & O'Connor, R.C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373–2382.
- Helland, F. (1994). Irony and experience in Hedda Gabler. I: B. Hemmer & V. Ystad (red.), *Contemporary Approaches to Ibsen*, (Vol. 8, 99–119). Oslo: Scandinavian University Press.
- Helland, F. (2018). The scars of modern life. I K. Gjesdal (red.). *Ibsen's Hedda Gabler: Philosophical perspectives*. Oxford Scholarship. DOI: 10.1093/oso/9780190467876.001.0001
- Hemmer, B. (2003). *Ibsen: Kunstnerens vei*. Bergen: Vigmostad & Bjørke.
- Høst, E. (1958). *Hedda Gabler. En monografi*. Oslo: Aschehoug forlag.
- Ibsen, H. (1928–1957). *Samlede verker: Hundreårsutgaven, bind 10*, ved Francis Bull, Halvdan Koht, Didrik Arup Seip. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ibsen, H. (1890). Brev til Moritz Prozor 4. desember 1890.
- James, H. (1891). On the occasion of Hedda Gabler. *New Review*, 4.
- Joiner, Jr., T.E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.
- Maltsberger, J.T. (2004). The descent into suicide. *International Journal of Psychoanalysis*, 85(3), 653–667.
- Moi, T. (2018). Hedda's words. I K. Gjesdal (red.). *Ibsen's Hedda Gabler: Philosophical perspectives*. Oxford Scholarship. DOI: 10.1093/oso/9780190467876.001.0001
- Nissen, I. (1931). *Sjælelige kriser i menneskets liv: Henrik Ibsen og den moderne psykologi*. Oslo: Aschehoug forlag.
- Rasmussen, M.L., Haavind, H., & Dieserud, G. (2017). Young men, masculinities, and suicide. *Archives of Suicide*, 1–17.
- Rønning, H. (2006). *Den umulige friheten. Henrik Ibsen og moderniteten*. Oslo: Gyldendal Forlag.
- Seip, J. (1957). On Hedda Gabler. *Orbis*, 12, 4–37.
- Shaw, B. (1922). The Quintessence of Ibsenism. Now completed to the death of Ibsen. I: B. Shaw *Major critical essays* (3. utg., s. 23–176). London: Penguin Books.
- Shneidman, E.S. (1993). *Suicide as psychache. A clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Templeton, J. (1997). *Ibsen's women*. Cambridge: Cambridge University press.
- Tjønneland, E. (3. februar, 2008). Hedda Gablers hysteriske skamløshet. *Minerva*.
- Weigand, H. (1925). *The modern Ibsen*. New York: Holt.
- Winnicott, D.W. (1957). *The Child and the Family*. London: Tavistock.

AKTUELT: NOTIS

Lavterskel-tilbud fungerer

Seks av ti personer med lett eller moderat angst eller depresjon ble friske gjennom det kommunale tilbudet «Rask psykisk helsehjelp».

Studien fulgte 678 klienter med klinisk signifikante symptomer på angst og/eller depresjon, som alle tok kontakt med lavterskeltilbudet Rask psykisk helsehjelp i Kristiansand og Sandnes. Av disse fikk 463 personer behandling gjennom Rask psykisk helsehjelp, mens 215 utgjorde kontrollgruppen som måtte velge andre løsninger, ifølge nettsidene til Folkehelseinstituttet.

- Til sammenligning ble 32 prosent av klientene i kontrollgruppen regnet som friske etter seks måneder, sier Robert Smith, forsker ved Folkehelseinstituttet.

Kontrollgruppen fikk normal kommunal oppfølging, for eksempel fra fastlege eller psykolog, andre tilbud i kommunen eller ingen behandling.

Rask psykisk helsehjelp er et gratis lavterskeltilbud til personer over 16 år med lett eller moderat angst og/eller depresjon. Tilbudet finnes i 62 norske kommuner og bydeler.

For første gang er tilbudet blitt testet i en randomisert kontrollert studie. Behandlingen gjennom Rask psykisk helsehjelp førte også til forbedringer i den enkeltes generelle fungering og livskvalitet.

- Resultatene tyder på at behandlingen var effektiv med tanke på å behandle både angst og depresjon, fastslår Smith.

Behandlingen var basert på kognitiv atferdsterapi, med en varighet på mellom fire og ni sesjoner. I studien fikk en tredel i hovedsak gruppebasert psykoedukasjon, en tredel fikk individuell samtaleterapi, mens den siste tredelen fikk en kombinasjon av de to terapiformene.

Kilde: <https://www.fhi.no/nyheter/2020/6-av-10-friske-med-rask-psykisk-helsehjelp/>

Fra arkivet: 1993

Psykologer på egne bein i andres kontorer

Høsten 1989 vedtok landsmøtet å opprette en ny spesialitet i allmennpsykologi. Ikke et nytt for-dypningsområde, men en spesialitet. (...) Spesialiteten ble møtt med den blanding av entusiasme og tvil. Entusiasme fra psykologer som brant for denne måten å tenke psykologtjenester som ligger implisitt i allmennpsykologien. Tvil fra psykologer som var usikre på om det var marked for denne tredje spesialiteten.

(...)

Allmennpsykologi – det er et navn som ikke nødvendigvis gir umiddelbare assosiasjoner til hva spesialiteten rommer. Noen ønsker å kalle spesialiteten «samfunnspsykologi», andre holder fast på «samfunnspsykologi». Undertittelen – «på egne bein i andres kontorer» – sier kanskje litt mer. Alt i alt er det vektlagt en psykologrolle der:

- man går dit folk er (på egne bein i andres kontorer).
- forebygging og helsefremming er sentrale metoder.
- utviklingsarbeid, evaluering, planlegging, formidling av kompetanse, konsultasjon og forholdt til media er sentrale stikkord.
- man har fokus på samfunnsmessige rammebetingelser.
- arbeider nærmere brukeren enn de fleste tradisjonelle psykologer.
- arbeider ut fra folk sine ressurser, heller enn patologi.
- arbeider på brukernes premisser, heller enn egne premisser.
- samarbeider i stor grad med andre.
- og der virksomheten bygger på en direkte klient-trettet basis.

Fra Borrik Schjødts innlegg «Allmennpsykologi – kommet for å bli», januar 1993

Spesialiteten ble møtt med den blanding av entusiasme og tvil

Meninger



BILDE: GOODSTUDIO / SHUTTERSTOCK / NTB SCANPIX



For å kunne forklare selvskading, må vi også forstå aggresjonens vesen, mener Per Are Løkke.

Les hovedinnlegget på de neste sidene.

Hvorfor fortsetter vi å vurdere selvmordsrisiko når vi vet at det ikke nytter å forutse utfallet for hver enkelt? spør Tormod Stangeland (s. 216)

Send innlegg til meninger@psykologtidsskriftet.no. Frist er den 10. i hver måned.

DELTA I DEBATTEN

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

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

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

HOVEDINNLEGG

Hovedinnlegg i Psykologtidsskriftet er en kronikk om en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 til 8000 tegn inkludert mellomrom.

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



Shih Wenbin 2020

Raseriets fravær

Det er betenkelig at dagens psykologi ser ut til miste forståelsen av aggresjonens vesen. Arbeidet med å oppdage, uttrykke og ta ansvar for aggresjonen er sentralt i enhver terapi.

I KRONIKKEN «Hvordan forklarer vi selvskading» (Aftenposten 14.11.2019) skriver psykiateren Finn Skårderud og psykologen Bente Sommerfeldt om hva selvskading hos ungdom handler om. Selvskading beskrives som en psykisk handling med mange funksjoner. Den kan være smertedepende, kontaktsøkende, et selvbevarende «selvmord», et ønske om å fortelle om det vonde, en risikoatferd, en søken etter oppmerksomhet eller følgetilstander etter overgrep.

Skårderud og Sommerfeldt trekker også inn en selvskadescene fra Karl Ove Knausgårds bok *En tid for alt*, der Henrik Vankel skjærer seg til blods, og forklarer det med at han bekrefter og synliggjør sin intense skamfølelse.

«RASERIETS TIDSALDER»

Selvskading handler selvsagt om mange faktorer i samspill, men det er forunderlig at raseri og aggresjon ikke er nevnt med et eneste ord. Skårderud viser ofte i sine tekster til at unge jenters symptomer sladrer om kulturelle patologier. Kanskje denne teksten også sladrer om et psykologisk fagfelt som holder på å miste forståelsen av både raseriets negative og positive sider. Hvis den indiske forfatteren Pankaj Mishra har rett i at vi lever i «raseriets tidsalder», er det betenkelig at vi strever med å gjenkjenne, tåle, forstå eller gi plass til raseriet hos de som går i vår behandling.

Det er opplagt at jenter som har opplevd vold, overgrep og omsorgssvikt, bærer på et raseri. Ungdommens mange prøvelser, atskillelsesdrama og de tre «bandittene» grådighet, misunnelse og sjalusi er psykiske aggregater og situasjoner som sprer ut aggresjon og raseri i mange slags former. Den tiltagende ytstyrringen knyttet til prestasjoner, kropp og helse fra foreldre, skole, helsevesen og media vekker også raseri. Som en jente sa: «Jeg har bare lyst til å stille meg opp på en åpen plass og skrike nå er det faen meg nok.» Det gjorde hun ikke, i stedet satte hun seg ned og leste til prøven neste dag. Raseri oppstår også når ønsker og krav ikke blir innfridd, eller når selvbilder og forfølgelighet brister. Kanskje de unge i dag mer enn noen gang opplever at urealistiske drømmer om å «klare og gjøre alt» bryter sammen i møtet med livets harde realiteter.

DESILLUSJONERT REBELL

I psykoanalytikerens Julia Kristevas teorier om ungdom fremstår aggresjonen som en selvfølgelig forklaring på selvskading. Et godt eksempel på den rasende selvskadelogikken gir Kristine Gertz i den selvbiografiske romanen *Hvis jeg forsvinner, ser du meg da?* Tema er utviklingen og helbredelsen av hennes spiseforstyrrelse etter at moren plutselig forlater



TEKST

Per Are Løkke,
psykologspesialist

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

PSYKOTERAPI





Selvskadingen skjuler slik en drømmende og desillusjonert rebell

sin mann og to døtre. Hun reagerer først med raseri på mora «gjennom aggressivt å hamre ned anklager», deretter forvandles raseriet til selvanklager som uttrykkes i utsagn som «jeg angre, unnskyld, unnskyld mamma» for til slutt å ende opp i selvhvat: «Du tilfører ikke verden annet enn dritt.» Kristeva hevder at raseriet omgjort til selvhvat er den patologiskapende kraften i både selvskading og depresjon. Selvskadingen skjuler slik en drømmende og desillusjonert rebell.

Når Pankaj Mishra hevder at vi lever i en tid der hatet, misnøyen og den universelle irritabiliteten øker, er det betimelig å spørre hvorfor aggresjonen og raseriet fases ut som forklaringer i det psykologiske fagfeltet. Sigmund Freud advarte mot kulturer som benekter de aggressive kreftene i vår natur. Da blir vi blinde og forsvarsløse. Simone De Beauvoir utga klassikeren *Det annet kjønn* for 70 år siden. For henne handlet selvskading om et umulig raseri. Den unge jenta hadde ikke samme mulighet som gutten til å gjøre opprør mot faderlig autoritet og verden med virkningsfulle voldsmidler. Hun kunne verken sette seg opp mot verden eller heve seg over den. De Beauvoir knyttet selvskadingen til et innadrettet raseri som skapte en omsorgsfull og masochistisk væremåte preget av sadistiske selv-angrep; «å gå løs på og håne og pine den kroppen som er dømt til å underkaste seg».

JENTENES KOMPLEKSITET

Når raseriet forsvinner fra forklaringene, bidrar det til å skjule jentenes kompleksitet. Derfor virker også de Beauvoirs beskrivelser av ungjenta frigjørende. Hun beskriver et mer sammensatt bilde enn dagens stereotypier av den ytrestyrte flinke og slitne jenta. Beauvoir er kjent for å tydeliggjøre maktforholdene i en patriarkalsk kultur og vise hvordan kvinnens «annen natur» vokser frem som svar på dette. Men, hun beskriver ikke bare jentene som offer, hun beskriver også jentenes aggressive, seksuelle, selvsentrente og maktsyke krefter. Jentene er ikke bare en effekt av overmakten. De har egne motiver, krefter og begjær. Hun beskriver kleptomane jenter som fantasierer om å bli prostituerte, hvordan angsten kan klebe seg til forbudte ønsker, hevtanker og små skjulte perversjoner, og hvordan jentenes drømmer om makt og lyst kamuflerer seg bak selvbedrag, spill og masker.

Skårderud og Sommerfeldt nevner ikke bare unge jenter, men fremhever også hvordan Knausgård skildrer den mannlige selvskadingen gjennom Henrik Vankel. I *Min kamp* fremstår selvskadingen enda mer iøynefallende når hovedpersonen skjærer sitt ansikt til blods fordi han tror at Linda foretrekker kameraten hans. I en annen scene kutter han seg når hans tidligere kone snakker intenst med storebroren. Her er det ikke skammen, men raseriet mot rivalen som utløser selvskadingen. I gamle dager ville et møte med rivalen ført til dueller og slåsskamper. Hos Knausgård vender mannen raseriet innover.

Er dette en del av mannens krise i dag, at han ikke lenger vet hvor han skal gjøre av raseriet? Det mannlige raseriet har alltid hatt en dobbelt betydning i kraft av å være enten idealisert og heroisk eller destruktivt og demonisk. Å tolke den mannlige selvskading i lys av teorier om skam skjuler det kulturelle dramaet som foregår i dag omkring den unge gutten og mannens aggresjon.

AGGRESJONENS VESEN

Aggresjon og raseri er allestedsnærværende i mennesket, mellom mennesker og mellom mennesker og samfunn. På stridens arena oppstår kriger, konflikt, vold, makt, herredømme, underkastelse, vinnere, tapere, sår, traumer, hevsn, straff, skyld, forsoning, seksualitet og kjærlighet. Konflikt og kamp er en naturlig del av livet. Derfor trenger ethvert ungt menneske støtte til å bruke sin kraft. Å føre og bære sitt liv, å stå opp mot urettferdighet og destruktive krefter, å løsrive seg fra underkastende relasjoner, å bryte ut av trange rom, å markere grenser, å rope ut om sår og krenkelser, å hevde et tydelig «nei» og «ja», krever tilgang til aggresjon.

I enhver terapi er arbeidet med å oppdage, uttrykke og ta ansvar for aggresjonen en sentral komponent. Det er derfor betenkelig at dagens psykologi ser ut til miste forståelsen for aggresjonens vesen.

Sinne og raseri skaper ofte negative og truende felt i og mellom mennesker, som ikke passer inn i vår maniske og positive tidsånd. Skårderud og Sommerfeldt fremhever at det ser ut som om vår kultur holder på å miste «kompetanser til å tåle negative erfaringer». Det er nettopp derfor det er påfallende at de glemmer aggresjonens problem når overskriften er å forklare selvskading. ❌

På sporet av en mindre betent ME-debatt

Vi må slutte å attribuere sykdom og fravær av bedring til pasientens personlighet.



ME-DEBATTEN har ofte vært preget av steile fronter mellom forståelsesrammer. Måten vi omtaler ME på, og hvilke rammer vi bruker for å fortolke og forstå sykdommen, har konsekvenser for både behandlingstilnærming og debattklima.

Vi har per i dag ingen standardisert utredning som kan kartlegge avvikene nyere forskning finner i pasientpopulasjonens metabolsisme, immunapparat og sentralnervesystem. I februar 2020 publiserte Missaillidis et al. en studie (1) som viser abnormaliteter i mitokondrienes respirasjonsfunksjon og signaleffektivitet, og det foreslås potensielle biomarkører. Men i påvente av replikasjonsstudier og endelige konklusjoner mangler vi fortsatt en endelig diagnostisk test.

Validering av ME-sykes symptombilde er derfor, enn så lenge, et spørsmål om tillit. Tror vi pasienten snakker sant om sin egen kropps fungering, om sine forsøk på bedring og sin respons på behandling?

PSYKOLOGISK UTFORDRENDE

ME-pasienter ønsker seg en tilnærming som ser hele mennesket. Å rammes av en multi-systemisk sykdom med en tilfriskningsprosent på under 10 prosent (2) uten effektiv kur og begrenset tilbud om lindrende behandling er psykologisk utfordrende. En fjerdedel er hus- og/eller sengebundne og avhengig av full pleie. Noen er for syke for selv å motta psykologisk hjelp. I slike tilfeller bør informasjon og hjelp tilbys familie og nettverk. Støtte, validering og hjelp til livsmestring er nødvendig. Barn mister

skole, venner, nettverk og aktiviteter. Voksne mister jobb, fysiske og sosiale stimuli, familieliv og inntektsgrunnlag.

Et hjelpetilbud som inkluderer ivaretagelse av psykisk helse er adekvat, selv om det ikke må være det eneste tilbudet. Så lenge man ikke har påvist at CBT har effekt på nevroinflammasjon, redusert oksygenopptak, energimetabolisme og aktuelle avvik i immunapparat og CNS (som er blant fysiske funn gjort på pasientpopulasjonen), bør helsepersonell være varsomme med påstander om tilfriskning basert på få og kritiserte kilder som fremmer CBT og GET (f.eks. PACE-studien).

SEIGLIVDE MYTER

Motstanden som noen ME-syke har mot terminologien «bio-psyko-sosial-lidelse» bunner ikke i fravær av ønske om psykologisk hjelp. Den er en konsekvens av tolkningstradisjonen som gjør sykdom og fravær av bedring til en del av pasientens personlighet. Mytene om ME-sykes psyke er seiglivede, selv om de verken er konsistente eller konstruktive og ikke har resultert i effektiv behandling eller redusert prevalens.

Et kort søk på Google Scholar på «CFS / personality» viser eldre studier som beskriver karaktersvikt, manglende selvinnsikt og psykisk sykdom som årsak til utvikling og/eller opprettholdelse av ME/CFS. Fravær av kroppsbevissthet, overdrevent fokus på kroppen, verdiløshet, nevrotisme, «tendency to bottle up feelings», depresjon, perfeksjonisme, ustabil/histrionisk personlighetsforstyrrelse og soma-

TEKST

Grete Lilledalen, psykologspesialist og pårørende til ME-pasient

KRONISK UTMATTelses- SYNDROM





Majoriteten av ME-syke har altså levd et vanlig liv med jobb, skole, fysisk og sosial aktivitet

tisering er blant trekkene som hevdes funnet i pasientpopulasjonen. Både introversjon og ekstroversjon menes å være assosiert med lidelsen. Det er altså med bakgrunn i denne tradisjonen flere ME-syke reagerer på betegnelsen «psyko-sosial-lidelse». Så lenge vi ikke vet om, hvordan eller eventuelt hvilke psykososiale faktorer som påvirker sykdom eller forløp, bør det vurderes om definisjonen er hensiktsmessig.

«VICTIM-BLAMING»

Typisk sykdomsforløp er at tidligere psykisk og fysisk friske barn og voksne, ofte i løpet av kort tid, utvikler et sammensatt symptombilde bestående av kognitive, nevrologiske og immunologiske avvik. Hypersensitivitet for sensorisk stimuli, sterke smerter, kronisk kvalme, svimmelhet, migrene og uforklarlig utmattelse er deler av symptombildet. Majoriteten av ME-syke har altså levd et vanlig liv med jobb, skole, fysisk og sosial aktivitet. Sorg, frustrasjon og tilbaketrekning er normale reaksjoner på invalidiserende, livsberøvende sykdom. I stedet for å bygge stigma om «behandlingsresistens» og «victim-blaming» bør man se på om behandlingstilbudet kan utbedres og endres.

Oslo universitetssykehus har som uttalt mål at pasienter skal møtes innenfor rammen av kunnskapsbasert praksis (KBP). Kunnskapsbasert praksis betyr at behandlingstilbud skal gis ut fra følgende tre faktorer: brukerkunnskap og brukermedvirkning, forskningsbasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap (3). Vi har nå et mangfold av studier som viser somatisk dysfunksjon hos ME-syke. Det finnes klinikker internasjonalt med god erfaring med medisinsk lindring av symptomer. Det er på høy tid at også Norge

utvikler et somatisk behandlingstilbud, og at KBP blir standarden i helsetilbudet for ME-syke.

PSYKIATRITOLKNINGEN

Helseminister Bent Høie understreker viktigheten av å være lydhøre for pasienten i sitt nylige svar på stortingsrepresentant Tuva Moflags etterlysning av likeverdig behandling for ME-pasientpopulasjonen (4).

På tross av at pasientpopulasjonen i tiår har fortalt at de *vil, ønsker og prøver leve normalt*, men erfarer at atferd som tidligere holdt dem friske, nå gjør dem sykere, har psykiatritolkningen av symptombildet hatt sterk innflytelse i visse faglige kretser. Dette enda WHO klassifiserer ME som en nevrologisk lidelse. National Academy of Medicine (tidligere IOM) gjennomgikk i 2015 over 9000 forskningsartikler og studier på ME, og klassifiserte deretter diagnosen som en somatisk, ikke psykiatrisk lidelse (5). USA har gått bort fra å anbefale gradert trening (GET) og CBT, da tilnærmingen ikke lenger vurderes som hensiktsmessig. En liten andel ME-syke opplever seg friske av disse tilnærmingene, men majoriteten opplever ingen effekt eller forverring. Årsaken til at noen blir bedre av CBT, kan være ulike fenotypiske varianter, ulike alvorlighetsgrader eller at det eksisterer ulike tilstander som minner om hverandre.

Charlotte Ryhl, cand.psych. og spesialist i psykoterapi, skriver i siste utgave av Dansk psykologforenings tidsskrift: «Vi bør anvende vores psykologfaglighed, så vi med lydhørhed, forståelse og respekt mindsker lidelse, ensomhed og mismod hos disse oversete og alvorligt syge børn og unge og deres familier.» (6)

Jeg kunne ikke vært mer enig. ✕

1. Missailidis. D et. al 2. februar 2020: Cell-Based Blood Biomarkers for Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome <https://www.preprints.org/manuscript/202002.0029/v1>
2. Cairns A. et. al, januar 2005: A systematic review describing the prognosis of chronic fatigue syndrome. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15699087>
3. Helsebiblioteket.no <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
4. Stortinget.no <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlig-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=78407>
5. Committee on the Diagnostic Criteria for Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome, Board on the Health of Select Populations: Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome <https://www.nap.edu/catalog/19012/beyond-myalgic-encephalomyelitis-chronic-fatigue-syndrome-redefining-an-illness>
6. Ryhl C.: Psykologer har også et ansvar for børn og unge med ME <https://www.dp.dk/wp-content/uploads/psykologer-har-ogsaa-et-ansvar-overfor-me-19-januar-2020-c-ryhl.pdf>



PAPIRARBEID Ved å lese journalen forventes pasienten å kunne medvirke til helsehjelpen, skriver artikkelforfatteren. Foto: Shutterstock / NTB Scanpix

Journalen former klinikken

Digitalt innsyn i pasientjournalen kan styrke eller svekke behandlingsalliansen. Kan humaniora være til hjelp?



PASIENTER I SPESIALISTHELSETJENESTEN har nå digitalt innsyn i journalen sin ett døgn etter at dokumentet er godkjent. Dersom pasienten faktisk leser journalen, vil digitalt innsyn åpne for at vi kan styrke arbeidsalliansen med pasienten, men også det motsatte.

Det å lese om egen helsetilstand betyr noe for pasienten. Ikke minst på området psykisk helse vil det kunne oppleves som om en selv er til vurdering. Derfor er det hensiktsmessig å se på både skrivingen og lesingen av journalen som en del av helsehjelpen. Kravet til dokumentasjon av helsehjelpen er at vi skal gi en relevant og nødvendig beskrivelse og vurdering av pasientens tilstand, og av hvilke tiltak som gjøres. Formålet med journalen er å gi oversiktlig informasjon til dem som yter helsehjelpen, og til pasienten selv. Ved å lese journalen for-

ventes pasienten å kunne medvirke til helsehjelpen. Journalen skal også danne grunnlag for ettersyn fra helsemyndighetene (pasientjournalforskriften, 2019).

Helsemyndighetene har positive forventninger til digitalt journalinnsyn. I et brev til helseforetakene i 2016 skriver Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse at elektronisk innsynstjeneste er et gode for pasientene, som både er ønsket og forventet. En juridisk artikkel på Psykologforeningens nettside innledes med at journalinnsyn danner grunnlaget for pasientmedvirkning og er med på å skape tillit mellom pasient og behandler (Myklebust og Zimmermann, 2015). Forfatterne skriver at det kun er nødrettsbetraktninger omkring fare for liv og helse som kan ligge til grunn dersom man skal nekte pasienten innsyn. De drøfter rimeligvis

TEKST Hilde Flata, psykologspesialist ved Ruspoliklinikken, Lovisenberg DPS, og utdannet idéhistoriker.

PASIENTJOURNAL





Hvordan erfares det for pasienten å lese slike tekster om seg selv?

ikke hvilken betydning det kan ha for psykologfaglige vurderinger at journalnotatet er tilgjengelig for pasienten på nettet. De viser til at det ikke er tilstrekkelig at innsyn kan være ubehagelig for pasienten eller skape problemer i behandlingen. Direktoratene presiserer at innføring av digitalt innsyn krever at behandler gjør konkrete vurderinger av eventuell risiko knyttet til innsyn, hver gang et notat skrives.

Grenseoppgangene for når journalen må sperres for innsyn, er bare én av utfordringene som endringen fører med seg. Pasienter har siden 1977 hatt rett til journalinnsyn. Fram til digitalt innsyn ble en realitet, kunne man i spesialisthelsetjenesten legge til grunn at pasienten først etter henvendelse ville komme til å lese journalen sin. Det digitale innsynet vil for en del behandlere bety at det ikke lenger er mulig å bruke journalen som et arbeidsredskap der man skriftlig formulerer refleksjoner om tilstanden og behandlingsrelasjonen som det foreløpig ikke er hensiktsmessig eller mulig å ta med inn i samtalen med pasienten. De positive forventningene til digitalt innsyn setter stor lit til at behandlere både kan og skal gjøre sine faglige antakelser språklig eksplisitt, og åpent dele det som angår behandlingen med pasienten. Det vil variere blant behandlere om dette erfares som en hemsko eller åpner for nye muligheter i kommunikasjon med pasienten. Det er uansett ingen tvil om at digitalt innsyn stiller oss overfor språklige utfordringer: Hvordan skrive journalnotater når omtanken for pasientens mulige leseerfaring må være en del av skriveprosessen?

Hvis vi ikke aktivt forholder oss til dette spørsmålet, er jeg redd for at journalspråket presses inn i standardformuleringer som skal sikre oss juridisk. Med utgangspunkt i sitt ph.d.-arbeid spør Kristin Østlie om hensynet til å gjøre «riktig» ifølge retningslinjene for vurdering av selvmordsrisiko kan overskygge pasientens ønske om utdypende kontakt (Østlie, 2020). Østlie undersøkte ikke journalens rolle i samspillet mellom pasienten og behandleren. Men det er grunn til å spørre om ikke et journalnotat skrevet for at behandler skal ha «ryggen fri» kan oppleves som fremmedgjørende og øke pasientens opplevelse av å være alene med lidelsen.

For å utvikle faglig fundert praksis er det neppe tilstrekkelig å skrive journalen «som om pasienten leste over skulderen,» slik Helse Sør-

Øst skriver i sin rettleiding om digitalt journalinnsyn. Hva skal til for å unngå at nettopp den dokumentasjonen som skal sikre pasienten forsvarlig og god helsehjelp, undergraver alliansen mellom behandler og pasient? Kan vi utvikle vår forståelse av journalskriving slik at journalen kan bidra til at pasienten får god og virksom hjelp? Her mener jeg at perspektiver fra humaniora kan være til hjelp. Humaniora har nettopp vært opptatt av tekst i kontekst, av hvordan tekster er oppbygd, virker og kan forstås i ulike (lese)sammenhenger.

En retning innenfor det som kan kalles medisinsk humaniora, er forskning på medisinske tekster, eksempelvis pasientjournaler og legeerklæringer. Et norsk pionerarbeid på dette feltet er litteraturviter Petter Aaslestad *Pasienten som tekst. Fortellerrollen i psykiatriske journaler. Gaustad 1890–1990* (Aaslestad, 2008). Med en systematisk strukturorientert lesestrategi undersøkte han hvordan pasienten kom til orde og til syne i journalene, og hvilke mekanismer som syntes å være styrende for journalskriveren. Et urovekkende funn hos Aaslestad er at de nyeste journalene ga et inntrykk av at ressursknappheten i sykehuset ikke ble problematisert, men kom til uttrykk som markant fiendtlige holdninger til pasienter som man ikke «kommer videre med». Jeg har ikke funnet forskning som direkte viderefører dette arbeidet. Men fra et tilgrensende felt gir Eivind Engebretsens *Hva sa klienten? Retorikken i barnevernets journaler* en rekke eksempler på hvordan tekstene også gir andre signaler til leseren enn de som eksplisitt formuleres (Engebretsen, 2007). Et nytt arbeid på feltet er Guri Aarseths ph.d.-avhandling. Den bygger på nærlesning av legeerklæringer gjort av et fellesskap av forskere fra medisin og humaniora (Aarseth, 2019). Aarseth beskriver tekstene som «stedet» der to uforenlige hensyn møtes: legens pasientlojalitet og portvokter-rollen for trykderettigheter. Aarseth viser blant annet hvordan underliggende motsetninger kommer til uttrykk i tekstene.

Ut fra disse arbeidene er det grunn til å anta at digitalt journalinnsyn vil synliggjøre at journalen er en medisinsk tekstsjanger som bærer med seg flere innebygde motsetninger. Som medisinsk tekst er journalen en dokumentasjon av observasjoner og vurderinger som med nødvendighet ser pasienten utenfra. Sjangerens normer gir føringer i en objektiviserende retning.

Hvordan erfares det for pasienten å lese slike tekster om seg selv? Økt brukermedvirkning og gjennomsiktighet i utøvelsen av helsehjelp er endringer som psykologer i stor grad ønsker velkommen. Det er likevel et åpent spørsmål hvordan vi skal manøvrere faglig i spennet mellom journalens tendens mot en objektiviserende diskurs, våre faglige vurderinger og pasientens ønske om og behov for å bli forstått og hjulpet og være myndig i møtet med helsehjelpen.

Det er ikke tilstrekkelig at vår journalskriving og digitalt journalinnsyn praktiseres i de beste hensikter for at virkningen skal bli god. Spørsmålet er hvordan journaltekstene og det digitale innsynet virker inn i behandlingsforløpene. Hittil har jeg funnet lite forskning og erfaringsformidling fra behandlingsfeltet som kan belyse spørsmålet. Jeg mener at tiden er kommet for å forske på pasientjournalen som en del av behandlingsrelasjonen, og at det vil være hensiktsmessig å kombinere tekstanalytiske metoder fra humaniora med forskning fra et klinisk perspektiv. ✕

REFERANSER

- Engebretsen, E. (2007). *Hva sa klienten? Retorikken i barnevernets journaler*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften). (FOR-2019-03-01-168). Hentet fra <https://www.lovdata.no/forskrift/2019-03-01-168>
- Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. (15. september, 2016). *Brev til landets RHF om juridiske vurderinger knyttet til elektroniske innsynstjenester i pasientjournal*.
- Helse Sør-Øst RHF. (12. november, 2018). Hentet fra http://admininfo.helse-sorost.no/digitalfornying_/Sider/Spørsmål-og-svar-om-digitalt-innsyn-i-journal-og-logg.aspx
- Myklebust, I. & Zimmermann, C. (11. september, 2015). *Hvem har innsynsrett i pasientens journal?* Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/medlem-loenn-og-arbeidsvilkaar/juridiske-artikler/hvem-har-innsynsrett-i-pasientens-journal>
- Østlie, K. (2020). Ryggen fri. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57, 43–45.
- Aarseth, G. (2019). *The language of work disability. A study of medical certificates written by Norwegian general practitioners* (doktoravhandling). Oslo: Det medisinske fakultetet, Universitetet i Oslo.
- Aaslestad, P. (2008). *Pasienten som tekst. Fortellerrollen i psykiatriske journaler. Gaustad 1890–1990* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Valg og nominasjoner i Oslo lokallag

Vi i Oslo-styret beklager at vi ikke gjorde valget i tråd med vedtektene.

TEKST Birgit Aanderaa (leder), på vegne av styret i Oslo lokalavdeling i Norsk psykologforening

PSYKOLOGFORENINGEN

DET HAR VÆRT publisert flere debattinnlegg her i tidsskriftet under vignetten «Demokrati i Psykologforeningen» etter landsmøtet (Tisløv & Flor 2019, Frøyland 2019, Holen 2020, Tisløv & Flor 2020). I den forbindelse har valg av landsmøtedelegater i Osloavdelingen blitt omtalt.

Styret i Oslo lokalavdeling gikk inn for at valg av delegater til landsmøtet skulle foregå ved å la alle som ville stille, delta i det elektroniske valget på like fot, altså uten siling fra en valgkomité. Slik ble det opp til alle medlemmene i lokallaget å velge hvem vi skulle sende som våre landsmøtedelegater. Dette var etter vår vurdering en transparent måte å gjøre det på. Vi i Oslo-styret beklager at vi ikke gjorde valget i tråd med vedtektene. Vedtektene for lokalavdelinger sier at styret skal aktivisere valgkomitéen, som så skal lage en innstilling basert på de som har meldt sin interesse for å være delegater.

På medlemsmøtet i lokallaget 10.10. ble landsmøtesakene og delegatkandidatene presentert. Vi skulle også ha hatt en presidentdebatt, men da det på dette tidspunktet bare var én kandidat som stilte til valg, benyttet vi tiden til en dialog med den gjenværende presidentkandidaten.

Fristen for å melde sin interesse for å representere Oslo lokallag på landsmøtet var satt til 12.10., slik at også medlemmer som ble motivert på lokallagsmøtet den 10.10., skulle få anledning til å stille. I møtet ble det informert om at det var åpning for engasjerte medlemmer til å bruke kvelden til å finne ut av om de selv ville stille til valg som landsmøtedelegat. Det elektroniske valget ble sendt ut den 13.10. til alle Oslo-medlemmer.

HVA KAN VI LÆRE AV VALGET AV LANDSMØTEDELEGATER 2019?

I styret har vi lært at det er viktig alltid å dobbeltsjekke hvilket handlingsrom vedtektene gir, før en setter i gang slike prosesser. Vi tenker også at det kan være hensiktsmessig at det fra sentralt hold arrangeres oppfriskning/aktivisering av kunnskapene om prosedyrene som hører til i et landsmøteår. ✕

Psykisk helsehjelp er en stollek



Vi er lovet psykisk helsehjelp, men sendes i ring når vi ber om den.

TEKST Sivert Straume, psykolog, daglig leder hos Bypsykologene

PSYKISK HELSEVERN

I VELFERDSSTATEN NORGE skal alle ha tilgang til helsetjenester – ikke bare de rike. Oppskriften (1) er enkel: Ta kontakt med fastlegen, så ordner hun hjelp til deg. Fastlegen forvalter en rekke forskjellige tilbud.

Helseminister Bent Høie blir bekymret (2) når noen utfordrer denne offisielle fremstillingen, for det er viktig at folk søker hjelp når de sliter psykisk, slik sjefen hans har sagt. (3)

Og så jeg er bekymret for dem som har mistet troen på at det er hjelp å få i det offentlige helsevesenet. Men jeg er mer bekymret for de som tror på Høies garantier. Psykisk lidende mennesker er ikke i form til et maratonløp i hjelpesøking.

FÅR IKKE HJELP AV DET OFFENTLIGE

Det helprivate psykologkontoret jeg jobber ved, får henvendelser fra mange som ikke får den hjelpen de har rett til i det offentlige. Jeg har sett mennesker bli syke (4) av det. Flere vitner (5) om det samme. Som psykolog våger jeg sjelden å skru opp folks forhåpninger til offentlig psykisk helsevern. Jeg kan som Høie anbefale fastlegen, men må legge til: Ikke tro det er deg det er noe galt med om du ikke får hjelp. Forresten er det ikke fastlegens feil heller. Ansvarer ligger høyere opp.

IKKE NOK KAPASITET

Årlig får 200 000 voksne hjelp (6) med psykiske vansker i spesialisthelsetjenesten. Dermed har Høie sine ord i behold når han sier at man *kan*

få hjelp. Men det er bare halve sannheten. Man kan også bli snytt for hjelp.

DPS-ene avviser ofte (7). Avtalespesialistene avviser enda oftere (8). Kommunene har et variabelt tilbud. For eksempel har Norges nest største kommune, Bergen, ikke noe allment behandlingstilbud ut over det fastlegen og legevakten kan tilby. Fastlegene er under sterkt press (9) og det får pasientene merke (10).

At behovet langt overskrider behandlingskapasiteten i helsevesenet, er det liten tvil om. Ifølge Folkehelseinstituttet (11) opplever om lag en tredjedel av den voksne befolkningen et psykisk problem i løpet av et år. Det utgjør 1,4 millioner mennesker. Regnestykket går ikke opp for en velferdsstat som er generøs med løfter og gnien med penger.

ANSVAR SOPPLØSNING

Loven sier at du skal få den helsehjelpen du trenger, enten i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Når løftene er store og budsjettene små, presses kommunene og spesialisthelsetjenesten til å tøyne lovens ord om «nødvendig helsehjelp». Ellers vanker det sanksjoner for budsjettoverskridelser. Lovbruddene skjules av uklare grenseoppganger mellom de som skal gi hjelp. Lov, forskrift og retningslinjer er vage. Jeg har henvendt meg til Helsedirektoratet, men ikke engang der kan noen konkretisere hva som faller på kommune, og hva som faller på spesialisthelsetjenesten, når det gjelder behandling av psykisk lidelse.

Når alle kan peke på andre, pulveriseres ansvaret. Jo, du skal nok ha hjelp, sier fastlege, kommune og spesialisthelsetjeneste, bare ikke her (12). For personer med milde og moderate vansker er risikoen for å havne i en karusell av avvisninger og henvisninger mellom fastlege, DPS-er, avtalespesialister og kommune veldig stor.

STOLLEKEN

Når Høie viser til at det er veldig mange steder en kan søke hjelp (13) for psykiske helseutfordringer, nærmer han seg kjernen av problemet. De offentlige psykisk helsetilbudene er organisert som en stollek. Det er altfor få stoler, og mange havner på gulvet. Likevel kan ingen si at det ikke er sittemulighet, for det er da stoler rundt omkring.

Den ulogiske organiseringen av psykisk helsetjenestene er genial, sett med budsjettøyne. Vi kan si vi har et universelt helsevesen, der alle får hjelp, selv om mange slett ikke får hjelp.

MYNDIGHETENES PROBLEM

Det finnes en enkel vei ut av uføret: At én og samme instans vurderte om pasienten hadde rett til hjelp, enten det var kommunen eller spesialisthelsetjenesten som skulle gi den. Den

pasienten som ikke fikk hjelpen innen fastsatt tid, kunne gå til en privat tilbyder og få hjelpen der. Den offentlige instansen som var tildelt ansvaret, måtte bli opp. Helseministre kunne ikke lenger legge på pasienten å lete seg fram til et tilbud. Slik kunne myndighetenes løfter bli myndighetenes problem.

Et umiddelbart resultat ville vært at underkapasiteten kom tydelig til syne. DPS-er og kommuner ville fått kjemperegninger. Milliarder ville rullet ut og gitt myndighetene motivasjon for å sørge for god forebygging og bredspektret psykisk helsehjelp med lav kostnad, kanskje av typen de allerede har prøvd ut med lovende resultater (14).

FARVEL TIL VELFERDSSTATEN?

Alternativt kunne de sagt: Dette har vi ikke råd til. Psykisk helsetjenester kan ikke være en del av det universelle helsetilbudet. Det er som for tannhelse: De mest utsatte og aller fattigste kan få hjelp. Til resten kan vi tilby stolleken.

En slik ærlighet vil forebygge mange skuffelser og nederlag i møte med et avvisende behandlingsapparat. Om vi ikke er villige til å betale det det koster å hjelpe, så kan vi i det minste slutte å legge stein til byrden. ❌



Det er altfor få stoler, og mange havner på gulvet

1. Helsenorge.no. Psykisk helsehjelp for voksne. <https://helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helsehjelp-for-voksne>
2. Bent Høie (2020, 22. januar). Førstelinen. <https://www.nrk.no/ytring/forstelinen-1.14869616>
3. TV2.no (2020, 19. januar): – Det finnes mange som ikke ber om hjelp. <https://www.tv2.no/nyheter/11110903/>
4. Sivert Straume, (2014, 21. juni): Den virkelige ventelisten. <https://bypsikologene.no/2014/06/den-virkelige-ventelisten/>
5. Morten Myksgvoll, (2020, 8. januar). Det må hjelpe å rope på hjelp. <https://www.bt.no/btmeninger/kommentar/i/K32Ae7/det-maa-hjelpe-aa-rope-paa-hjelp>
6. Meld. St. 7 (2019–2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=5>
7. Bergens Tidende (2020, 15. januar). Her blir ein av tre pasientar avvist. – Det er trist. <https://www.bt.no/nyheter/lokalt/i/3JwvG0/her-blir-ein-av-tre-pasientar-avvist>
8. Bergens Tidende (2020, 27. januar). Dei må avvise pasientar kvar einaste veke: – Det gjer vondt når ein ser behovet for hjelp. <https://www.bt.no/nyheter/lokalt/i/kJLqkk/det-gjer-vondt-aa-avvise-pasientar-naar-ein-ser-at-det-er-behov-for-hj>
9. EY og Vista Analyse, 2019. Evaluering av fastlegeordningen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212b5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>
10. Dagens medisin (2019, 4. september). Pasientene klager på ventetid hos fastlegen. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/09/04/pasientene-klager-pa-ventetid-hos-fastlegen/>
11. Folkehelseinstituttet (oktober 2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. <https://www.fhi.no/publ/eldre/psykiske-lidelser-i-norge-et-folkeh/>
12. Sivert Straume (2014, 5. desember). Du skal få behandling, bare ikke her. <https://www.bt.no/btmeninger/kronikk/i/eaV8y/du-skal-faa-behandling-bare-ikke-her>
13. Dagsnytt 18, (2020, 6. januar). <https://radio.nrk.no/serie/dagsnytt-atten/NMAG03000320/06-01-2020>
14. NAPHA.no (2014, 13. juni). Rask psykisk helsehjelp. <https://www.napha.no/content/13931/Rask-psykisk-helsehjelp>

Unnvikende selvmordsforebygging



Hva gjør vi når vi får en umulig oppgave?

Vi bytter den ut med en oppgave som er mulig å få til.

TEKST

Tormod Stangeland,
psykologspesialist

SELVMORDS- FOREBYGGING

JOBBen MIN er å hjelpe ungdommer som tenker på å dø, med å få det bedre. De fortjener all den støtten jeg kan gi dem. Mange føler seg helt alene, skremt av tankene sine, fanget i tankebaner der selvmord trer frem som eneste løsning. Da er det bra å møte noen med et rolig hode og vennlig ansikt. En som kan se ting utenifra, og som kan hjelpe med å ta hull på verkebyller og dele hemmeligheter, hjelpe redde foreldre til å forstå og sinte venner med å ordne opp. En som har sett alvorlige situasjoner før, som ikke blir skremt. Jobben min er også å vurdere risikoen for at de skal ta sitt eget liv.

FEILEN JEG GJØR

Jeg vet ikke om risikovurderingene mine egentlig har hjulpet noen. På fjorten år i akuttpsykiatrien har jeg aldri klart å forutse et dødsfall. Forskningen støtter min opplevelse, og viser faktisk at vurderingene mine ikke er til praktisk nytte for å forutsi eller avverge selvmord.

Det jeg derimot vet sikkert, er at når jeg vektlegger risikovurdering, blir det mindre tid og oppmerksomhet igjen til endringsarbeid. Dermed har jeg tatt muligheten fra mange ungdommer til å snakke med en trygg voksen om hvordan de har det. Til å undersøke tvilen sin om de orker å leve. Til å øve på å fortelle om det de skammer seg over. I stedet har jeg brukt deres tid, tillit og krefter på å måle risiko. Jeg har blitt en ekspert som skal vurdere utsagn og atferd, og avgjøre om vi må gripe inn og ta over kontroll. Slik gjør jeg meg mindre relevant for ungdommene, som trenger å føle seg tatt på alvor og forstått.

Jeg er ikke alene om å gjøre denne feilen. De nasjonale retningslinjene for forebygging av selv-

mord i psykisk helsevern setter opp anbefalinger for hvordan selvmordsrisiko bør vurderes og håndteres. Jeg mener vi som fagfelt har misforstått retningslinjene. Vi bruker dem på en måte som er direkte skadelig for behandling av ungdommer i krise. Forfatterne av de norske retningslinjene er tydelige på at det ikke er meningen å bruke retningslinjene til å forutsi utfallet av konkrete risikosituasjoner. Fagfeltet prøver likevel.

FØLGENE AV FEILEN

Et tenkt, men typisk eksempel: Jeg leder et akutteam for ungdom, som møter en familie der datteren har kommet med selvmordsutsagn. På skolen har hun fortalt at hun skal ta livet sitt, og det på en helt bestemt dato. Siden dagen er nær forestående, blir vi involvert for å lage en kriseplan for dagen og eventuelt å vurdere akuttinnleggelse for å hindre selvmordsforsøk. Jenta er ordknapp. Under risikovurderingen benekter hun selvmordsplaner og påstår at alt er bra i livet hennes, enda framtoningen hennes tyder på det motsatte. Etter en god stund får vi jenta i tale. I samtalen som oppstår, slår det oss hvor lite nyttig jenta synes arbeidet vårt er med å lage en kriseplan for «selvmordsdagen». Hun forteller at hun ikke liker oppmerksomhet, men at hun likevel synes at hennes behov kommer i bakgrunnen i familien. Vi får høre at hun har falt ut sosialt på skolen, at hun ikke har noen å være sammen med. Hjemme er hun mye i konflikt med foreldrene, føler at hun ødelegger familielivet og gjør alle nedfor. Fremtiden føles håpløs, og hun kjenner på fristelsen til å dø ifra det hele. Vårt prosjekt med kriseplan for den spesielle datoen føles med ett både meningsløst og naivt.



På fjorten år i akuttpsykiatrien har jeg aldri klart å forutse et dødsfall

Oftest synes jeg det er som i denne fortellingen: De gangene vi kommer et skritt lenger enn risikovurdering og når inn til meningen bak selvmordsatferden, når vi klarer å snakke om hva som driver fortvilelsen, da blekner vårt fokus på handling og ytre sikkerhetsrisiko. Mange føler seg undervurdert og dårlig forstått når vi fokuserer på risiko, de synes vi pirker i overflaten og gir lettvinde råd som de selv ikke har tro på. Hvis rådene går ut på å ta fra dem handlefrihet og selvstendighet, eller vi presser dem til å fortelle om ting de ikke er klare for, kan hjelpeforsøkene bli til problemer for dem, og gjøre at ungdommene føler seg enda mer ensomme. Velmente forsøk på å stanse farlig atferd blir lett oppfattet som tegn på at hjelperne handler ut ifra egne behov, at de nettopp *ikke* bryr seg om hva ungdommen selv ønsker seg.

VI HAR BYTTET UT OPPGAVEN VÅR

Så hvorfor gjør vi dette? Hvorfor fortsetter vi å vurdere selvmordsrisiko når vi vet at det ikke nytter å forutse utfallet for hver enkelt? Mitt akutteam bruker ofte like mye tid på å skrive rapporter fra risikovurdering som på å snakke med ungdommene og familiene deres. Hva skal vi med alle rapportene når de ikke forandrer noe for familiene vi skal hjelpe? Jeg tror alle som har hatt i oppgave å vurdere alvorlig risiko, har kjent på redselen for å gjøre noe galt. For at etterlatte eller mediene skal rette sitt sinne mot oss hvis utfallet blir fatalt. Sammen med redselen kommer også behovet for å dempe redselen. Behovet for å vise at vi har gjort oppgaven vår godt nok, at vi ikke kan kritiseres av helsemyndighetene.

Gjennom umerkelige små skritt i fagfeltets praksis forandrer vi oppgaven. Vi reduserer risiko – ikke for ungdommene, men for oss selv.

Men dette var ikke oppgaven som foreldrene, mediene eller helsemyndighetene ga oss. De ville vi skulle hjelpe ungdommer som tenker på å dø, med å få det bedre. Mange av dem krever at vi også skal forutse og avverge enkelttilfeller av selvmord. De stiller oss til ansvar hvis ungdommen dør, spør hvorfor vi ikke gjorde noe som kunne hindret dødsfallet. Jeg tror det var i møtet med dette kravet at vi fagfolk ble defensive. Da vi innså at oppgaven var umulig å løse, klarte vi ikke å forklare godt nok hvorfor den ikke lar seg gjøre. Den kan jo ikke være å forutse selvmord, for det er umulig. I stedet omdefinerte vi oppgaven til noe helt annet, til noe som faktisk går an å gjennomføre: å vise at vi har fulgt prosedyren for anerkjent praksis ved vurdering av selvmordsrisiko. Ikke nyttig for å forutse selvmord, tvilsomt nyttig for behandlingsrelasjonen. Svært nyttig for meg som skremt og overveldet hjelper. Den bytter ut min umulige oppgave med en mulig oppgave. Jeg kan ikke forutse eller avverge selvmord, men jeg kan vise at jeg har fulgt prosedyrene og dokumentert vurderingene til punkt og prikke. Gjør jeg det grundig nok, slipper jeg i hvert fall kritikk og medieoppslag. Men det krever noe jeg aldri kan gå med på: at jeg flytter oppmerk-

Lederkutt

SOM LESEREN kanskje har lagt merke til, er lederartikkelen fraværende i denne utgaven av Psykologtidsskriftet. Det er det flere grunner til. Bjørnar Olsen har valgt å gå av som sjefredaktør, og lederen i forrige utgave var hans siste. Gjennom elleve år har de signerte lederartiklene til Olsen satt sitt klare preg og stempel på Psykologtidsskriftet. Ved å kutte denne sjangeren er det både en påminnelse om Olsens avgang og et symbol på at tidsskriftet for tiden er i en fase preget av usikkerhet: både knyttet til hvem som blir ny sjefredaktør etter Olsen, og hva slags redaksjonelt skjønnsom vil utøves under ny ledelse. Men fraværet av lederartikkelen er også et bilde på usikkerheten knyttet til hvilket tidsskrift Norsk psykologforening og leserne egentlig vil ha. Diskusjonen om ny formålsparagraf for Psykologtidsskriftet, som startet i november i fjor, har vært et uttrykk for dette.

Samtidig er det grunn til å spørre om lederartikkelen som sjanger har utspilt sin rolle. Morgenbladet kuttet nylig lederartikkelen og begrunner det blant annet med at redaksjonen ikke skal tale med én stemme. Historisk har lederartikkelen vært et uttrykk for avisens mening om likt og ulikt. I partipressens tidsalder hadde den sin klare berettigelse, mens i en mangfoldig pressekultur, der den personlige og individuelle kommentarartikkelen får større plass og betydning, har den klassiske lederartikkelen mistet kraft. I praksis har Psykologtidsskriftets lederartikkel vært mer en kommentarartikkel enn en klassisk leder – det har vært Olsens tekst og mening, og spalten *kunne* sånn sett hatt et annet navn og vært plassert på våre debattsider.

Hva den nye sjefredaktøren vil gjøre med lederartikkelen som sjanger, er selvsagt opp til ham/henne å vurdere. Fram til da vil side tre i tidsskriftet være forbeholdt noe så prosaisk som innholdsfortegnelsen. ✘

*Per Olav Solberg,
konstituert sjefredaktør i Psykologtidsskriftet*

somheten vekk fra jobben min, å hjelpe ungdommer som tenker på å dø, med å få det bedre.

HVORFOR ER DET FEIL Å BYTTE UT OPPGAVEN?

Hva forteller forskningen oss om selvmordsrisikovurdering? Kort fortalt: Risikofaktorer gjør det mulig å vurdere om en konkret person tilhører en høyrisikogruppe, der mange flere enn vanlig kommer til å ta livet sitt i løpet av noen år. Men vi kan ikke si hvilke personer i denne risikogruppen som kommer til å dø, eller når. Dessuten finner vi at de fleste som dør i selvmord, var vurdert å ikke tilhøre høyrisikogruppen, eller de var ikke fanget opp og vurdert av helsevesenet og ble aldri noen del av risikostatistikken i det hele tatt.

Dette er nyttig kunnskap for å forstå selvmord bedre. Det er nyttig for å kjenne igjen og forstå alvoret for dem som tilhører høyrisikogruppen. Det er også nyttig for å gi råd om forebygging av selvmord til personer i risikogruppen. Men kunnskapen er ikke nyttig for oss som skal treffe konkrete beslutninger om tiltak overfor enkeltindivider. Vi har ikke grunnlag for å vite hvordan akkurat dette tilfellet vil falle ut, eller påstå at visse tiltak vil endre utfallet. Beslutningsprosessen som leder til selvmord, er altfor kompleks og uforståelig til at noen av oss kan spå utfallet. I etterkant kan vi nok lage forklaringer som viser hvordan utfallet kunne bli som det ble. I forkant klarer vi derimot ikke å predikere at en person vil handle på selvmordstankene sine, mens en annen ikke gjør det. Vi aner ikke hvilke faktorer som blir avgjørende. Modeller for selvmordsrisikovurdering tar opp i seg et titalls faktorer, basert på statistikk. Men selv dette er en massiv undervurdering av kompleksiteten i folks liv, der tusenvis av variabler og tilfældigheter avgjør om risikoatferd får dødelig utfall, og i hvert eneste tilfelle er variablene ulike. Vi er ikke blitt bedre til å forutse selvmord på de siste femti årene, og det er ingen grunn til å forvente at mer forskning og bedre data vil føre til noe gjennombrudd.

Tolv år etter at de nasjonale retningslinjene kom, har selvmordstallene ikke gått ned, til tross for massiv satsning på risikovurdering og dokumentasjon. Helsedirektoratet setter i disse dager i gang arbeid med å revidere retningslinjene. Det er betimelig. Vi trenger endringer i retningslinjene, som toner ned forventningene til selvmordsrisikovurdering. Kanskje trenger vi at retningslinjene sier i klartekst hva som er klinikernes oppgave, nemlig å gi god hjelp til dem som vurderes å være i høyrisikogruppen, ikke å forutse utfallet for enkeltpersoner i risiko.

Jeg har opplevd ungdom dø i selvmord og at vår journal ble gransket nøye i etterkant. Ikke fordi vi hadde jobbet dårlig med ungdommene, men for å se om vi hadde vært gode nok til å dokumentere selvmordsrisikovurderingene våre. Vurderinger som uansett ikke ville hjulpet oss til å forutsi eller avverge det tragiske utfallet. Det kan jo tenkes at fokus på dokumentasjon av risikovurdering er nyttig for familiene vi møter, ved å vise dem at de treffer dyktige fagfolk, som jobber forsvarlig og i tråd med retningslinjene. Kanskje kan dokumentasjonen berolige dem og gi dem tillit til oss. Men virker det?

Samfunnsdebatten og helsemyndighetenes fokus er stadig på mangler i dokumentasjonen, på retningslinjer som ikke er fulgt, og ansvarsforhold som ikke er tydelig avklart. Hvis vi vil berolige publikum ved å vise fram god dokumentasjon, må vi også forvente at mangler i dokumentasjonen gjør publikum urolig. Dermed må vi legge enorm innsats i å sikre at dokumentasjonen er god nok. Jo større den innsatsen blir, jo lettere blir det å overse at jeg fokuserer på noe helt annet enn oppgaven jeg først fikk: Jeg skal hjelpe ungdommer som tenker på å dø, med å få det bedre. ✕

Debattert

Psykisk helsepråk

Trendy: Jeg mener det har blitt «populært» å ha en psykisk lidelse, som om mange jager etter å ha det verst. Ordene depresjon og angst blir brukt for mye i den dagligdagse samtalen, med det er jeg redd for at de som faktisk har en depressiv lidelse eller en angst lidelse ikke blir tatt på alvor.

Madeleine Kristiansen i VG 14. februar

Motstandsdyktig: Vi må sørge for at ungdom som vokser opp i dag lærer seg å skille de psykiske problemene fra nedturene livet kan by på. Foreldre, venner, frivilligheten og resten av sivilsamfunnet, er de viktigste aktørene for å gjøre ungdom mer motstandsdyktige.

Mari Holm Lønseth debatterer i Rogalands Avis 17. februar

Storsamfunnet: Alle (...) pepres med selvhjelps-bøker, kostholdsråd og treningsprogrammer som skal gjøre deg til «en bedre versjon av deg selv». Helsen, karrieren og lykken må du ta ansvar for selv. (...) Nei, det er ikke slik. Storsamfunnet kan ta seg sammen. Det er snakk om tiltak mot mobbing, tilbud til barn og unge på fritiden, tilgang til helsetjenester, rask psykisk helsehjelp, god foreldrestøtte og redusert økonomisk ulikhet. Vi rår over så mange virkemidler.

Cathrine Th. Paulsen og Tove Gundersen skriver i Sunnmørsposten 17. februar

Demokratiutfordring: I et demokratisk fellesskap kan vi ytre våre ønsker og behov, men samtidig må vi være villige til å sette dem til side av hensynet til andre. Dette er ikke en psykologisk utfordring, men en demokratisk utfordring til fellesskapet. Oppmerksomheten omkring psykisk helse i skolen kan medføre at flere livsutfordringer blir snakket om i et psykisk helsepråk. Da blir gjerne også utfordringene opplevd som psykiske helseproblemer og ikke samfunnsutfordringer.

Tore Dag Bøe og Dag Øystein Nome debatterer i Aftenposten 18. februar

Inntrykk

Bokessay, anmeldelser og forfatterintervjuer



FOTO: NORA SKJERDINGSTAD



PSYKEDELISKE ROM

Vi må finne nye rom i oss selv og i faget til noe som ikke riktig passer inn i en eneste boks, skriver Ivar W. Goksøyr om boken *Psykedelisk renessanse* av vitenskapsjournalisten Michael Pollan (bildet).

Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

Vi ønsker velbegrunnede og nyanserte anmeldelser av psykologisk fagstoff. Lengre bokessay er også av interesse.

En vanlig bokanmeldelse er på 3-4000 tegn.

Opplys om det foreligger mulige interessekonflikter i vurderingen av en bok.

Send forespørsel på e-post til ida.holth@psykologtidsskriftet.no.



Arbeid og ekstase

Nye studier viser at flere tusen doser psykedelika ikke har ført til alvorlige bivirkninger. Kan vi ha kastet sårt tiltrengte verktøy ut med hippienes tilsmussede badevann?

TEKST Ivar W. Goksøyr

«I believe that if people would learn to use LSD more wisely, under suitable conditions, in medical practice and in conjunction with meditation, then in the future this problem child could become a wonderchild»

Albert Hofmann i selvbiografien *LSD: My problem child*, 1980, s. 5.

I sin nye bok *Psykedelisk renessanse* har den respekterte sakprosaforfatteren og journalistikkprofessoren Michael Pollan latt seg forbløffe av moderne forskningsekspesimenter med psykedelika. Studiene viser blant annet hvordan eksistensiell angst ble transformert ved livstruende sykdom, og at to tredjedeler av friske frivillige rangerte den psykedeliske opplevelsen på en topp-fem-liste over meningsfylte livsopplevelser, selv ett år etter. Hvordan er noe slikt mulig i et laboratorium?

Som journalist forsøker Pollan, kjent for bøker som *In Defense of Food* (2008) og *The Omnivore's Dilemma* (2006), å ligge rett i forkant av samfunnstrender. Nå er en ketamin-nesespray mot depresjon med psykedeliske effekter godkjent i Norge. Amerikanske legemiddelmyndigheter har gitt MDMA- og psilocybin-terapi reguleringsmessig status som gjennombruddsterapier, det vil si at de vurderes å kunne ha vesentlige fordeler sammenlignet med behandlingalternativene. De siste store studiene før eventuell legemiddelgodkjenning er i gang, og både USA og Israel har godkjent prøveprosjekter med MDMA-assistert psykoterapi i klinisk praksis. Pollan gir oss derfor en perfekt timet fremstilling av alle paradokser og uavklarte muligheter som preger dette fagfeltet.

Fra ett perspektiv er virkningen av psykedelika som medisin et enkelt empirisk spørsmål. Samtidig reiser Pollans bok mange andre spørsmål om hvordan vi kan forstå psykedelika – spørsmål som befinner seg i skjæringspunktene mellom tusenårige psykedeliske helingstradisjoner, den motkulturelle bagasjen fra hippietiden og moderne psykiatri. For psykedelika utgjør en slags farmakologisk bro til dybdepsykologiske landskap, med virkninger som kan beskrives med et farmakologisk, psykologisk og åndelig språk. Pollan vier et helt kapittel i boka til behandling av psykisk lidelse, men anlegger for det meste et bredere perspektiv. Jeg vil bruke dette essayet til å utdype noen problemstillinger Pollan tar opp, og som jeg mener er særlig relevante for vårt fag i møte med den pågående psykedeliske renessansen. Hvordan virker psykedelika, og hva er det som gjør folk så begeistret? Var psykedelika som medisin dømt til å mislykkes som nok et crazy påfunn fra våre lett hjelpeløse fagforfedre i en tid mellom trepanering og primalterapi?

EN HISTORISK ANOMALI

I alle verdenshjørner i uminnelige tider har bevissthetsutvidende planter blitt brukt til helende og åndelige formål. Fra Amazonas' ayahuasca til indianernes peyote, indernes soma og vestafrikanernes iboga. I det gamle Hellas fikk allmuen en gang i livsløpet delta i *mysteriene i Eleusis*, en guddommelig innvielse gjennom den psykedeliske drikken kykeon. Men ingen steder kan man ha vært i nærheten av å utvikle et så naivt, uvitende og splittet forhold til disse historiske legemidlene og sakramentene som vår vestlige kultur gjorde i USA på 60-tallet. En historisk anomali som den dag i dag preger oss i møte med disse molekylene.

Om skribenten

Ivar Goksøyr er psykologspesialist og eier av Psykologvirke AS. Han er tilknyttet PsykForsk – Innovativ Behandlingsforskning, Sykehuset i Østfold.

Goksøyr er også styremedlem Norsk forening for psykedelisk vitenskap, en forening som så dagens lys høsten 2019, og som jobber for å fremme vitenskapelig utforskning av psykedelika på tvers av fagdisipliner.





Hvordan skulle heling på et plan som transcenderer det ego-bundne, arte seg? Psykoterapi som synger til sjelen?

Historisk ser man slående krysskulturelle likheter i bruken av psykedeliske stoffer: som sakramenter og medisiner for heling av kropp, sinn og sjel, for å lære av naturen og høste fra transcendentale erfaringer. Til alle tider har ungdommen blitt introdusert for stoffene av de eldre gjennom nøye orkestrerte ritualer. Erfaringene i den transcendentale tilstanden bidro til å bekrefte og utdype forståelsen av samfunnets eksisterende normer, myter og riter og til opprettholdelse av kulturen. For ungdomsgenerasjonen i USA på 60-tallet ble det stikk motsatt. Ritualene ble utflytende, og LSD-erfaringen bidro til å stille fundamentale spørsmål ved eksisterende maktstrukturer og samfunnsnormer. Det kunne ikke gå bra. Psykedelisk forskning ble etter hvert gjenstand for det som må ha vært den største sensuren i moderne vitenskapshistorie.

EGENERFARING

Som en real streiting og hardbarka materialist møter Pollan feltet med en forbilledlig blanding av skepsis og åpenhet. Det besynderlige i at motstandere alltid var *uten* og tilhengere alltid *med* egenerfaring, gjorde at han selv ville prøve. Under sin første psykedeliske reise brast en demning i Pollan, og han forteller om hvordan en kaskade av kjærlighet ble sluppet løs: «Jeg vil ikke være så gjerrig med følelsene mine.»

Pollan skriver at sansene våre til enhver tid kan forbløffe oss med erfaringen av det «rene og skjære verdensunderet». Modus operandi er imidlertid å putte det meste av det vi oppfatter, i esker, merket «kjent» (uten tanke for hvilke mirakler som skjuler seg der) og «nytt» (som vi en stund vier mer oppmerksomhet). Psykedelika kan trekke alle disse eskene ut av hyllene, åpne dem og ta ut de best kjente gjenstandene, skriver Pollan: «De blir snudd og vendt på, skrubbet og polert av fantasien til de skinner med samme lys som da vi så dem for første gang.»

Opplevelsene satte ham på den samme tankegangen som han mener bidro til å felle feltet i første omgang: Disse medikamentene har altfor mye å lære det moderne mennesket til å forbeholdes syke. Men han er også klar på at det denne gangen må skje i ordnede former og slett ikke ennå.

TERAPEUTISK POTENSIALE

Hjerneavbildningsstudier har vist at psykedelika fremfor å skape generell oppregulering i hjerneaktivitet, som man kanskje skulle forvente, snarere gir en nedregulering av aktiviteten i det som kalles «default mode network» (DMN). Nettverket har mye med mentale tidsreiser og selvrefleksive prosesser å gjøre. Herunder den evinnelige grublingen og bekymringen, den loopende selvbevisstheten og de rigide selv-narrativene som de som sliter mest, nesten synes avhengige av.

På lavere doser, der du fortsatt har et intakt, men atskillig mindre patroljerende ego, innebærer nedregulering av DMN at du blir mer fleksibel og åpen. Nysnøen har falt over de gamle sporene, og man kan kjøre opp nye, en slags restart. Mindre kontroll gir økt krysskommunikasjon mellom deler av hjernen som sjelden tillates å snakke sammen, nye perspektiver og kreative løsninger fasiliteres. Prediktiv tenkning, der oppfattelsen av nået preges av fortiden, reduseres. For å si det mer dynamisk: Egoet, og derav dets forsvar, mykes opp. Et gjenkjennelig rasjonale for alskens psykoterapeutiske prosesser.

Et viktig spørsmål, som Pollan i begrenset grad berører, er om ikke en slik «kunstig» forsering av forsvar og åpning til det ubevisste innebæ-

rer en risiko for at pasienten blir destabilisert. En kontraproduktiv overdose selvinnsikt som knuser toleransevinduet og åpner opp noe som verken kan landes underveis eller undertrykkes i etterkant? Selvfølgelig. Men hvor redde skal vi være for det?

Bekymringen er høyst relevant, men kanskje ikke like diskvalifiserende som man kunne frykte, både når man ser på eldre og nyere studier. I sitt hovedverk *LSD psychotherapy* (1980) beskriver riktignok Stanislav Grof, verdensautoriteten på psykolytisk terapi, flere kasper med destabilisering mellom timer. Men de maler på og kommer videre. Det kan virke som om det er noe med holdningen til både terapeuten og pasienten som hjelper dem. De tror visst at dyp heling er mulig, og de er ikke skyggeredde.

VITENSKAP, ÅNDELIGHET OG RELIGION

På høyere doser klassiske psykedelika nedreguleres DMN i en slik utstrekning at selvet ikke bare mykes opp og blir mer fleksibelt, men kan gå i oppløsning. Det er vanskelig å forestille seg hva som skulle åpenbare seg da, og hvordan skulle heling på et plan som transcenderer det ego-bundne, arte seg? Psykoterapi som synger til sjelen? Som ateist og materialist bruker Pollan mye tid i boka på å bakse med de åndelige erfaringene psykedelika kan avstedkomme når egoet løses opp. Kan vi som (forsøksvis) vitenskapelig fag i det hele tatt beskjefte oss med slikt? Da tenker jeg det gjelder å løfte blikket.

Da amerikanske myndigheter i moralsk panikk og kalkulert motmakt stoppet nesten all pågående psykedelikaforskning over natten, var det kanskje omtrent som når conquistadorene og den katolske kirken drev bruken av meksikanernes psykedeliske sopp *teonanacatl* (gudenes legeme) under jorda og fordømte det hele som demonisk. Kanskje ikke så rart at kirken følte seg truet av et slikt sakrament, som gir en direkte *numinos opplevelse*, det vil si en direkte erfaring av det hellige, «das ganz andere», med Rudolf Ottos ord. En slik mystisk opplevelse er av mange regnet som den opphavlige og felles fenomenologiske kjernen i all religion, og derav fundamentalismens potensielle motgift.

Vår egen Abraham Maslow mente for eksempel at mysterieopplevelsen ikke er et produkt av det overnaturlige, men et universelt menneskelig fenomen tilhørende den vanlige manns

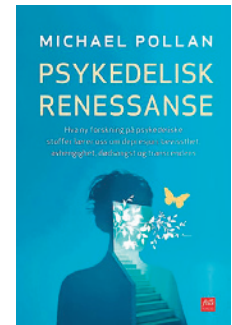
høyere potensial. Psykedelika tilgjengeliggjør, ifølge Maslow, det som kanskje også har vært profetenes åpenbaringer, og gjør vitenskapelig utforskning av slike skjellsettende menneskelige opplevelser mulig. Den medierende variabelen for utfall som er best dokumentert i moderne psilocybin-studier, er fortsatt graden av mysterieopplevelse, vitenskapelig operasjonalisert siden 60-tallet.

FRA FREMMEDJORT TIL FORBUNDET

Pollan berører selv bare såvidt dette landskapet, han erkjenner det uutsigelige i de ordløse opplevelsene, men forsøker seg på en slags oppsummering:

Når all smålig egoisme fordufter åpnes et rom i sinnet. Kanskje er åndelige opplevelser rett og slett det som skjer i dette rommet. Undere (og grusomheter) vi vanligvis er beskyttet mot, strømmer inn i bevisstheten. Sansene blir plutselig mottakelige for de ellers usynlige ytterkantene av sansespekteret. Mens egoet sover, leker sinnet. Det spinner uventede tankemønstre og nye relasjonsstråler. Da lukkes avgrunnen mellom selvet og verden (...) Vi blir i stand til å føle oss mindre adskilt og mer forbundet; som en «del og bestanddel» av den større enhet. Om vi kaller den enheten natur, det altomfattende sinnet eller Gud, spiller neppe noen rolle.

Pollans konklusjon blir, i likhet med Maslow, at det åndelige ikke trenger å handle om det overnaturlige. «Det motsatte av ånd er ikke materie, men menneskets ego», skriver han. At psykedelika gir mennesker en økt følelse av å være forbundet, ikke bare til flere aspekter ved seg selv, som tidligere undertrykte følelser, men også til andre mennesker, verden og naturen, er et gjennomgående forskningsfunn. I en kvalitativ analyse av deprimerte som fikk psilocybin, var hovedtemaet nettopp en slik bevegelse fra frakobling til forbindelse, og der tidligere behandling ofte hadde forsterket frakoblingen de slet med i utgangspunktet. Pollan selv opplevde nettopp at subjektivitetsmonopolet han som menneske hadde tatt for gitt, ble revet bort. Med det ble den distanserende objektiveringen av naturen erstattet av *erfart* koevolusjon: at hver art har en subjektivitet som virker på andre subjektiviteter. Mange studier indikerer at psykedeliske opplevelser nettopp kan øke menneskets forbindelse til naturen og miljøengasjement (Gandy, 2019). »



BOK *Psykedelisk renaissance*

FORFATTER

Michael Pollan

FORLAG Flux forlag

ÅR 2019

SIDER 469

Pollan med flere spør seg, kanskje vel optimistisk, om dette kan være et verktøy for vår tid.

BARE RUS?

Nylig utstedte sjiamuslimske Ayatollah Rohani i Iran en *fatwa*, altså en dom, som erklærer *veiledet* bruk av psykedeliske planter for *halal*, da de ikke anses som sinnsforringende, som rusmidler for øvrig. Kommer omsider Vatikanet etter, et halvt årtusen senere, og gir tommel opp også for katolikker?

Presiseringen av *veiledet* bruk, som også Pollan er opptatt av, er interessant. Virkningen av psykedelika formes nemlig sterkt av innstilling og kontekst, som en hyperplacebo. Preges holdningen din av et ønske om rekreasjon, heling eller åndelighet, er det gjerne nettopp det du erfarer. Psyken gir deg imidlertid ikke alltid det du vil ha, men kanskje det du trenger? Som psykolog erfarer jeg at psyken spontant dras mot å gjenoppleve traumer slik at de kan bearbeides. En traumatisert rekreasjonsbruker vil kunne bli skremt og få en *badtrip* idet hun forsøker å rømme fra en slik psykisk «dragning».

Kanskje kan denne dragningen kalles det autentiske selvet? Et selv som mobiliserer til vekst og utvikling når personen begynner å gi slipp på en tillært og overkontrollert tilpasning til omgivelsene (med sitt sete i DMN)? Noen kaller fenomenet den ubevisste terapeutiske alliansen, andre en indre helende intelligens, eller «unconscious will to health», i Otto Ranks termer. Når psykedelika mobiliserer det ubevisste, blir vi redde for det som befinner seg i skyggen, men vi glemmer kanskje de gode kildene som samtidig slipper til? Kan vi gi slipp på den grunnleggende mistilliten til eget sinn?

KAN ET GLIMT VARE?

Et annet relevant spørsmål er om enkeltstående psykedeliske høydepunktopplevelser kan gi varige positive effekter, som en slags omvendt PTSD. Forskingen er mangelfull, men indikerer både òg. Pollan beskriver studiedeltakere han intervjuet ti-femten år senere, der virkningen fortsatt var intenst til stede, i noen tilfeller på daglig basis. For ham selv bidro erfaringene til en meditasjonspraksis, som vi vet psykedelika kan inspirere til og kan virke gjensidig forsterkende med. Det er nok i vekselforholdet mellom dype opplevelser og integrering av dem i hverdagen at et terapeutisk potensial maksimeres. For sin egen del sier Pollan:

Selv om en psykedelisk reise kun foregår i sinnet, betyr ikke det at den ikke er virkelig. Den er en opplevelse, for noen av oss en av de dypeste opplevelsene man kan ha. Slik blir den til et drag i livslandskapet. Den kan tjene som et referansepunkt, en veiviser, en kilde.

For ham var en av de varige gavene «utvidelsen av ens eget register av bevissthetstilstander». Før reisene var han eksempelvis helt uberørt av poetiske, tilsynelatende høytstevende fraser og leste dem kun med overbærenhet. I takt med utvidelsen av egen erfaringshorisont har den dømmende besserwiser-holdningen lagt seg:

Ordene deres, som jeg tidligere hadde vært blind for, sendte nå ut en ny forbindelsesstråle. Eller i hvert fall var jeg blitt i stand til å ta dem imot. Den type utstråling har alltid (...) gjennomsyret litteratur og religion, men i likhet med elektromagnetiske bølger kan den ikke forstås uten et slags mottakerapparat. Jeg hadde blitt et slikt (...). En dør hadde åpnet seg for meg, inn til en verden av menneskelig erfaring som hadde vært stengt i seksti år.

Hvilken betydning kunne det få for psykoterapeuter å utvide sitt eget register for alle de bølgene som sendes mot oss, og som så sårt søker en med mottakerapparat? Pollan avslutter med følgende ord: «Sinnet er enormt mye større, og verden mye mer levende enn jeg ante da jeg startet.»

ARBEID OG EKSTASE

Psykedelika kan ifølge et av bokas intervjuobjekter være *good clean fun* og *honest hard work*. Pollan på sin side fokuserer nesten utelukkende på tradisjonen for transformativ høydepunktopplevelser, fremfor den lange europeiske tradisjonen for mer møysommelig terapeutisk arbeid katalysert av lavere doser. Som «frisk frivillig» kan han nok fremstå vel optimistisk med tanke på hvilken kur enkeltstående høydepunktopplevelser kan ha for ordentlig lidende mennesker. Tror du at du er «opplyst», så tilbring en helg med familien din, som det heter.

Samtidig trekker han et interessant, konsist skille mellom hvem som kanskje kan, og ikke kan, profitere på psykedelika: henholdsvis dem med lidelser preget av over- eller underaktivering i DMN. Den nevrotiske snarere enn

den psykotiske. Eksisterende psykofarmaka synes å ha en omvendt relevansprofil av psykedelika: De virker best på de utflytende og dårligst på de overkontrollerte tilstandene. De er kanskje bedre til å snevre inn enn til å åpne opp.

Kanskje har høydepunktoplevelser mest å tilby friske folks selvutvikling eller mennesker med spesifikke eksistensielle vansker? Det største potensialet for mennesker fastlåst i psykiske lidelser ligger muligens i å la psykedelika virke gjensidig forsterkende sammen med andre terapeutiske prosesser forankret i en terapeutisk relasjon over tid. Om det vi gjør, aldri kan bli en «quick-fix», så kan kanskje utviklingen likevel gå *raskere*? Og om ikke raskere, kanskje *dypere*? Vi skylder både oss selv som vitenskap og dem som ikke hjelpes av eksisterende behandling, å finne ut av dette. Å avvise lovende metoder fordi de virker fremmede, er ikke et privilegium vi kan tillate oss.

For øvrig er det synd at boka ikke dekker MDMA-assistert psykoterapi – en sentral del av den psykedeliske bølgen, med mange av de samme gevinstene som klassiske psykedelika, men færre av utfordringene. Og med hakket mer solid evidens. Det er det ikke for mye av på dette feltet, av mange *dårlige* grunner. Kanskje også fordi virkningene av høydepunktoplevelser er mer blendende forbløffende enn hverdagslig nyttige?

NYE ROM

Den første psykedeliske bølgen løste seg selv opp. Forskere ble evangelister, og rammene for den psykedeliske opplevelsen fløt ut. Kan psykisk helsevern bli vår tids rituelle ramme som sikrer trygg og terapeutisk bruk? Sinn-såpenbarende medisiner burde i utgangspunktet være kjærkomne i et fag som strever med behandlingsresistens og innsnevrede, dels utilgjengelige sinn, men de skremmer oss. Betyr det at de er farlige? Måten vi som individ, institusjon og kultur forholder oss til psykedelika på, handler dypest sett om hvordan vi forholder oss til innholdet i vårt eget sinn. Vi må finne nye rom i oss selv og i faget til noe som ikke riktig passer inn i en eneste boks. Som sinnet selv. Pollans bok er åpenbart et godt sted å starte. ✘

REFERANSER:

- Gandy, S. (2019) Psychedelics and potential benefits in «healthy normals»: A review of the literature. *Journal of Psychedelic Studies*, 3(3), 280–287.
- Grof, S. (1980). *LSD psychotherapy*. Hunter House.
- Hofmann, A., & Ott, J. (1980). *LSD, my problem child* (Vol. 5). McGraw-Hill.
- Oram, M. (2018). *The trials of psychedelic therapy: LSD psychotherapy in America*. JHU Press.
- Pollan, M. (2019). *How to change your mind: What the new science of psychedelics teaches us about consciousness, dying, addiction, depression, and transcendence*. Penguin Books.
- Dewey, J., Jeans, J.H., Wells, H.G., Dreiser, T., Mencken, H.L., Adams, J. T., ... & Krutch, J.W. (1931). *Living Philosophies*. Simon and Schuster.



Tror du at du er «opplyst», så tilbring en helg med familien din

En juridisk tankevekker

Meldeplikt til barnevernet gir et opplysende og forstemmende innblikk i hva som kan ligge til grunn for en bekymringsmelding til barneverntjenesten.



BOK *Meldeplikt til barnevernet. Er det nok å være bekymret?*

FORFATTERE Bente Ohnstad og Ylve Gudheim

FORLAG Ordskifte forlag

ÅR 2019

SIDER 175

ANMELDT AV

Nina Handelsby, psykologspesialist, Ambulante tjenester, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge, Haukeland universitetssjukehus

MELDEPLIKT TIL BARNEVERNET henvender seg til både fagpersoner og offentlig ansatte med lovpålagt taushetsplikt og meldeplikt, og til foreldre og andre som vil vite mer om regelverket på barnevernfeltet. Boka er skrevet av Bente Ohnstad og Ylve Gudheim, og gitt ut på Ohnstads eget forlag. Ohnstad er førsteamanuensis i rettsvitenskap ved Høgskolen Innlandet, og står bak flere fagbøker og artikler i forvaltningsrett og helserett. Hun har også vært involvert i grunnlagsarbeidet til helsepersonelloven, som ble vedtatt i 1999. Gudheim er en erfaren frilans- og featurejournalist.

Boka gir et opplysende og forstemmende innblikk i hva som kan ligge til grunn for en bekymringsmelding til barneverntjenesten fra det offentlige. Forfatterne redegjør for rettslige prinsipper og lovintensjoner for blant annet meldeplikten og tar for seg hva misforståelser og mistolkningsrundt meldeplikt i praksis kan føre med seg. Som psykolog representerer jeg det offentlige og ivaretar dermed de demokratiske rettighetene og menneskerettighetene til mine pasienter og deres familier. Jeg veileder også ansatte på skoler, helsepersonell og andre med taushets- og meldeplikt til barnevernet. Det er derfor helt nødvendig at jeg, og du, kjære kollega, er godt nok innforstått med lovgrunnlaget og vilkårene for når meldeplikten til barnevernet utløses. Vi må også ha kjennskap til hva som faktisk er barnevernets ansvars- og kompetanseområde. Psykologer bør fra tid til annen tenke gjennom hvordan vi forstår og forvalter meldeplikten: Når er bekymringen for et barn stor nok til at jeg må melde? Når skal jeg oppheve taushetsplikten min? Hva er god involvering av barnevernet uten å sende bekymringsmelding?

RELEVANT OG UROVEKKENDE

Et kortfattet innledende kapittel gir en ryddig oversikt over grunnleggende rettslige

prinsipper, lovgrunnlag og sentrale begreper, som blant annet personvern, vern mot vilkårlighet, taushetsplikt og meldeplikt. I de påfølgende kapitlene tar forfatterne for seg et titalls eksempler av nyere dato, der offentlige instanser som skoler, helsestasjoner og politi feilaktig (og ulovlig) har meldt bekymring til barnevernet uten foreldres samtykke. Forfatterne kommenterer eksemplene med utgangspunkt i lovverk og rettslige prinsipper. Denne første delen av boka byr på enkel og opplysende lesning, med informative titler som synliggjør dilemmaer og mulige misforståelser, og drøfter praktiske og prinsipielle sider ved meldeplikt til barnevernet. Misforstått lav terskel for å melde bekymring og skoler som sender bekymringsmelding ved skolefravær som ren rutine, er gjengangere i flere av kapitlene. Rutinemessige bekymringsmeldinger strider mot lovverk og -intensjon. Hvert enkelt tilfelle skal alltid vurderes individuelt med tanke på meldeplikt. Forfatterne kommer med flere opplysende refleksjoner om når barnevernet faktisk er riktig instans, når det ikke er riktig instans, og hvilke andre offentlige hjelpere som finnes. Kapittelet om myndighetsmisbruk og forvaltningsskikk virker både skjerpene og er til ettertanke.

Siste halvdel av boka består av en vedleggsdel der forfatterne utdyper et utvalg av eksemplene fra første del. Her kommer mer detaljerte og omfattende beskrivelser av innhold og saksgang, foreldrenes kontradiksjon og deres opplevelse av saksgangen. Forfatterne får tydelig fram hvor stor urett mange barn, foreldre og familier har blitt utsatt for. Når barnevernet kobles på, fører det som regel med seg et visst alvor. Når det i tillegg skjer ulovlig, som følge av misforståelser eller for lite kunnskap, og i de verste tilfellene med overlegg som en respons på at foreldrene har krevet egne og barnets rettigheter, er det både alvorlig og urovekkende. Eksemplene



OM BARNEVERN I NRK-serien 22. juli arbeider politiet med en barnevernssak. Her fra balkongen hvor gutten Ole Kristian (spilt av Adrian Engh Kjelløkken) falt ned. Foto: NRK

som beskrives i boka, har vært til stor byrde og belastning for de involverte familiene. Vilkaurlig saksbehandling, manglende profesjonalitet i mange ledd og motvilje mot å be om unnskyldning eller innrømme feil overfor foreldre som har gjort så godt de kunne, er ikke noe vi kan være kjent med i det offentlige Norge i dag. Både som psykolog og som forelder må jeg kunne stole på dem jeg møter på vegne av pasientene mine, meg selv og barna mine.

REPRESENTATIV?

Til tross for de faktiske forholdene som boka tar for seg, sitter jeg igjen med spørsmål om hvor representative eksemplene i boka er. Hvor vanlige er egentlig disse misforståelsene, feiltolkningene og uriktige bekymringsmeldingene? Boka gir et innsyn i et utvalg saker, men det står ikke noe om hvordan forfatterne har fått vite om sakene, og hvilken rolle de har spilt for familiene. I media finner jeg at mange foreldre har henvendt seg til Ohnstad og Gudheim mens de arbeidet med boka, og i etterkant. Trolig er også slike henvendelser en årsak til at boka har blitt til. Imidlertid ville det etter min mening hevet bokas troverdighet noen hakk dersom forfatterne hadde skrevet noe om hvor og hvordan de har blitt kjent med menneskene i disse sakene. De gode historiene og eksemplene som kunne ha balansert fremstillingene, mangler også. Vi må lære av våre feil, men like mye må vi lære av det som fungerer godt.

Boka er kort og relativt raskt gjennomlest med sine knappe 170 sider. Den kan sågar leses uten vedleggene. Den er en juridisk tankevekker og viktig påminner om at barn og foreldre har rett til privatliv og medbestemmelse, rett til å skånes fra vilkaurlighet, og ikke minst rett til å motta riktig hjelp til riktig tid, fra riktig instans. ❌

”

Det er derfor helt nødvendig at jeg, og du, kjære kollega, er godt nok innforstått med lovgrunnlaget og vilkårene for når meldeplikten til barnevernet utløses

Radikalt nysgjerrig på forebygging

Politikere som Siv Jensen burde lese denne glimrende antologien om forebygging av ekstremisme.



BOK *Forebygging av radikaliserings og voldelig ekstremisme*
REDAKTØRER Stian Lid og Geir Heierstad
FORLAG Gyldendal
ÅR 2019
SIDER 164

ANMELDT AV
 Cathrine Moestue,
 psykolog i privat praksis

HVA VOLDER MEST skade på samfunnet, den fysiske eller den psykologiske terrortruselen? Spørsmålet ligger der som en kritisk rød tråd gjennom hele boken til redaktørene Stian Lid og Geir Heierstad. Ved å invitere med seg forskere fra mange tverrfaglige disipliner i antologien *Forebygging av radikaliserings og voldelig ekstremisme*, har de lyktes med å engasjere til en nødvendig samfunnsdebatt.

Boken er viktig ved at den retter søkelyset mot hvordan forebygging praktiseres i Norge. Den stiller en mengde kritiske spørsmål til hva som skjer når førstelinjen forlater sine roller som hjelpere og isteden blir kontrollører for politiet. Den er også viktig fordi den problematiserer hvordan bekymring for terror utilsiktet kan føre til stigmatisering av muslimer. Boken drøfter hele veien den vanskelige balansen mellom kontroll og tillit i forebyggingsarbeidet.

OMSTRIDTE BEGREPER

I kapittel tre, «Skolen i forebyggingens tid», forfattet av Martin Sjøen, får vi et tydelig svar på spørsmålet over. Ifølge professor Albert Bandura er det terrorfrykten som trolig volder mest

skade i et samfunn. Frykt er selvforsterkende, og en overdreven terrorfrykt tenderer til mer fordommer, splittelse og mistillit mellom mennesker (s .87).

Sjøen presenterer funn fra en dybdestudie om skolens forebyggende rolle. Han poengterer, slik mange forfattere i boken gjør, at begrepene radikaliserings og voldelig ekstremisme er omstridte. Forholdet mellom radikale holdninger og handlinger er mye mer sammensatt enn hva som kommer frem når begrepene brukes. Det er ikke bare på det teoretiske planet at begrepene kritiseres. Han viser til at mange uttrykker bekymring for hvordan den politiske «radikaliseringsdiskursen» har ført til massiv mistenkeliggjøring av innvandrere, og særlig muslimer.

VIKTIG FOR PSYKOLOGER

Boken er interessant for psykologer fordi psykisk helse står sentralt i debatten rundt hvem, hva og hvordan vi bør forebygge, og psykologers traumekompetanse blir derfor viktig fremover. Boken er også relevant for psykologer fordi den stimulerer til diskusjon rundt hvordan vi kan skape et tryggere og mer inkluderende samfunn. Målgruppen for forebygging



TERRORGATEN Lislebyveien i Fredrikstad har blitt kalt «terrorgaten» etter at minst åtte unge menn bosatt i eller ved Lislebyveien skal ha reist til Syria for å krige sammen med terrororganisasjonen Islamsk Stat (IS) eller andre ekstreme grupper. Foto: Vegard Wivestad Grøtt / NTB scanpix

kommer selv til orde om hvordan de opplever det forebyggende arbeidet – dette angår psykologer.

Psykolog Hanna Paalgard Munden er forfatter av kapittel 11, «Utganger fra ekstreme grupper». I sin tematiske analyse av intervjuer med tidligere medlemmer fra venstreekstreme, høyreekstreme og islamistiske grupper, bruker hun velkjente kognitive begreper som tankefeller for å belyse hvordan forståelsen av ekstrem sort-hvitt-tenkning kan forebygges. Hun synliggjør hvordan slik kunnskap kan hjelpe oss å legge til rette for at personer kan komme seg ut av en ekstremistgruppe og reintegreres i samfunnet. Forskingen hennes viser at mange medlemmer startet sin radikaliseringsprosess uten kunnskap eller ambisjoner om hvor de ville ende opp. Tidligere medlem av den islamistiske ekstremistgruppen Al-Muhajiroun, Adam Deem, beskriver det slik: «Det er en langsom indoktrineringsprosess, det skjer ikke over natta, det er trinnvis (...) når man blir medlem av en ekstrem gruppe, tenker man ikke over dette» (s. 250).

”

Boken viser at reisen inn i ekstreme grupper er mye mer komplisert enn at ord som frivillig kan beskrive den alene

»

Kapittelet er kanskje det viktigste i boken, fordi det inviterer til en radikal nysgjerrighet på hva som har skjedd med hver enkelt. Vi trenger mer kunnskap om veien inn for å vite hvordan vi som samfunn kan forebygge.

SKRÅSIKKERHET

Jeg håper at politikere som Siv Jensen leser denne boken. I Dagbladet 16. mars 2019 uttalte hun ganske skråsikkert at en ung kvinne, som da satt i flyktningleir med syke barn, hadde valgt sin skjebne «frivillig» og derfor hadde ikke Jensen noen sympati med henne. Jeg antar at den manglende sympatien og medmenneskeligheten også gjelder de to søstrene fra Bærum. Forskningen i denne boken viser imidlertid at reisen inn i ekstreme grupper er mye mer komplisert enn at ord som frivillig kan beskrive den alene. Ofte ligger det en sterk emosjonell og destruktiv påvirkning til grunn, et åndelig maktmisbruk fra en rekrutterer og en negativ sosial kontroll fra den ekstreme gruppen. Når politikere snakker så hjerteløst om unge menneskers feil valg i livet, uten å vite hvordan de ble påvirket i prosessen, får terrorfrykten feste, slik Bandura advarte mot.

ET SAMFUNNSSPØRSMÅL

I boken savner jeg en drøfting av hva vi har lært fra de profilerte mediasakene om radikaliserede ungdom. Var det vårt ansvar å forebygge Manshaus' radikaliserings, eller å hente hjem de to søstrene fra Bærum? (De var bare 16 og 19 år når de reiste fra Norge, men sitter nå alene og forlatt med ansvar for tre norske barn i den grusomme Al-Hol-leiren.) Eller å forstå hvorfor Thom Aleksander fra Fredrikstad dro til Rakka? Svikter vi dem for andre gang ved å ikke hente dem hjem igjen? Svikter vi dem ved å ikke forstå mer av hvordan unge utsettes for «grooming» før de begår terror?

Spørsmålene har å gjøre med hvilket samfunn vi ønsker å skape. En klar styrke ved boken er at den stimulerer til å diskutere denne typen spørsmål. Forebyggingsfeltet i Norge er i utvikling, og forfatterne av denne boken åpner dialogen rundt dette spennende arbeidet. ❌

KLASSIKEREN



Lippestad minner meg om at livskvalitet er høyst subjektivt.

Geir Lippestad: *Et større vi* (2016).

Vi er en av *de* nå. Det ble oss, tenkte jeg, da jeg sank sammen på gulvet på nyfødtintensiven. Det var ikke noe poeng i å reise seg.

Inne på naborommet lå vårt nyfødte barn utstyrt med sonde og C-PAP. Vi hadde nettopp fått vite at han har et sjeldent syndrom. Godt plassert ytterst på Gauss-kurven hadde vi blitt en slik familie som vi tidligere hadde observert med trøstende blikk, på avstand.

Bekymringene sto i kø. Vil han overleve? Kommer han til å være alvorlig syk? Vil han kjenne glede og mestring? Vil han føle seg inkludert?

Nybakte foreldre skriver gjerne «Velskapt». *Var vår feilskapt?* Jeg kunne lese av de rundt at det var synd på oss. Medlidenheten fortalte at dette ville ta, heller enn å gi. Med klump i magen vegret jeg meg daglig for turen fra pasienthotellet til nyfødtintensiven. Og jeg skammet meg over vegringen.

Etter et par dager dukket svigerfar opp på sykehuset med boken som skulle endre perspektivet mitt betraktelig. Både i møtet med min lille gutt, samfunnet og rollen som psykolog. Ved å fortelle om egne erfaringer med å være pappa til et barn med alvorlig sykdom, utfordrer Geir Lippestad forestillinger om verdi, lykke og normalitet. Han formidler tro på menneskeverd. Han deler sin reise med sorg og med mot til å utfordre begrensninger. Skildringen av jenta i rullestol på seilbåt, som hviner av glede når båten krenger og sjøsprøyten står, traff meg hardt i mine egne fordommer.

Jeg hadde gått rundt og fryktet hva annerledeshet ville ta, uten å forstå hva det kunne gi. Jeg så på det lille barnet mitt, og kjente plutselig stor takknemlighet. Over alt han kom til å lære meg, om livet og om kjærlighet, som jeg ellers ikke ville fått innblikk i. Jeg forstod at verden ikke bare blir bedre, men også rikere, av å åpne for «et større vi».

Helene Møllenberg, psykolog ved Sørlandet sykehus, utfordrer Heidi Wittrup Djup, Daglig leder ved Klinikk for krisepsykologi, til å ta stafettpinnen videre

FÅ BLADET TIL ARBEIDSPLASSEN ELLER RETT HJEM I POSTKASSEN!

Med et abonnement på **Spesialpedagogikk** holder du deg faglig orientert.

Spesialpedagogikk kommer ut seks ganger i året og er det eneste norske tidsskriftet innenfor sitt fagfelt. Bladet inneholder fagartikler, forskningsartikler, kronikker, debattstoff og bokmeldinger.

Vi publiserer fagstoff om barn, ungdom og voksne med ulike vansker som f.eks.: sosiale- og emosjonelle vansker, psykisk utviklingshemming, ADHD, autismspekterforstyrrelser, Tourettes syndrom, lese- skrive og matematikkvansker, syns- og hørselsvansker, fysiske funksjonshemminger mm.



Abonner på Spesialpedagogikk

Koster 500 kroner per år.

Bestill: abonnement@utdanningsnytt.no
og merk eposten Spesped.

utdanningsnytt.no/spesialpedagogikk



spesialpedagogikk

INSTITUTT FOR PSYKOTERAPI

En dags introduksjonskurs i korttidsterapi – Dynamic Interpersonal Therapy (DIT)

Stavanger: 12.06.2020 kl. 10.00–17.00 inkl. lunsj, Sola Strandhotell, like ved Sola flyplass.
Oslo: 13.06.2020 kl. 10.00–17.00 inkl. lunsj, Institutt for Psykoterapi, Nydalsveien 15, Oslo.

Kursholder: Deborah Abrahams

Dynamic Interpersonal Therapy (DIT) er en korttids psykodynamisk terapi bygd på objektreasjonsteori, tilknytningsteori og mentaliseringsteori kombinert med Sullivans interpersonlige psykoanalyse. Metoden er utviklet av Alessandra Lemma, Peter Fonagy og Mary Hepworth (tidligere Target) in 2010.

Dette kurset vil forklare de viktigste funksjonene i DIT, type pasienter og terapiområder den er egnet for både i offentlig og privat sektor. Dokumentasjonsgrunnlaget for DIT vil bli gjennomgått. Det vil bli gitt kliniske eksempler der modellen vil bli demonstrert og spesifikt hvordan man kan formulere pasientens vansker i denne tilnærmingen. Det vil også være en introduksjon til mentaliseringsteknikker, en av de terapeutiske intervensjonene en bruker i DIT.

Deborah Abrahams er psykoanalytisk psykoterapeut med 25 års klinisk erfaring, 15 av de i det offentlige helsevesen i England. Hun er programansvarlig for DIT på Anna Freud Center, så vel som behandler, veileder og seminarholder og har undervist i Europa, i Australia og Kina.

Seminaret søkes godkjent som fritt spesialkurs av Psykologforeningen.

Deltakeravgift er kr 3 500,-.

Søknadsfrist: 14. mai 2020. Send e-post til sekr@instpsyk.no for påmelding.

For nærmere informasjon: telefon 22 58 17 70 eller e-post sekr@instpsyk.no eller und-leder@instpsyk.no

EMDR MED BARN

Kurs i EMDR med barn:

Trinn I: 27. april 2020 i Oslo

Trinn II: 28. april 2020 i Oslo

For påmelding og informasjon se:
www.emdrkurs.no eller ta kontakt på e-post ansavida@online.no



BLI MINDFULNESSINSTRUKTØR

Vil du lære deg mindfulness og bruke det profesjonelt i ditt fagområde? Da er denne utdanning for deg.



Ny start 23. april 2020

8 samlinger over 14 mdr. torsdag - søndag

Bli med på en spennende og kreativ etterutdanning hvor du utvikler solide ferdigheter som mindfulnessinstruktør.



Instruktørutdanningen er godkjent av NPF som 72 timers vedlikeholdsaktivitet.

Les mere på:

www.creationwork.org

Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening på

facebook

INSTITUTT FOR PSYKOTERAPI

For psykologar og legar blir det hausten 2020 sett i gang:

2-årig INNFØRINGSSEMINAR i:

OSLO – seminarleiar blir Jan Ole Røvik

BERGEN – seminarleiar blir Lilian Stokkeland

STAVANGER – seminarleiar blir Carl Fredrik Gamst

2-årig VIDAREGÅANDE SEMINAR i:

OSLO – seminarleiar blir Olav Røkkum

STAVANGER – seminarleiar blir Tormod Knutsen

Innføringsseminaret gjev ei generell innføring i psykoanalytisk og psykodynamisk teori, intervjuteknikk, evaluering og terapi. Som ledd i utdanninga blir det kravd at kandidatane i heile seminarperioden arbeider med psykoterapi med enkeltpasientar (vaksne) under kvalifisert vegleiing (definert og godkjent av IFP). Det er ønskeleg med minimum to års klinisk praksis frå psykisk helsevern før opptak.

- Innføringsseminaret omfattar 200 undervisningstimar over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimar kvar gong og to spesialseminar / fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimar. Desse blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- Dagseminar føregår på faste vekedagar, 11 pr. år, og spesialseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

Vidaregåande seminar bygge på innføringsseminaret og gjev ei teoretisk fordjuping med større vekt på det kliniske arbeidet. Ved sidan av dei ovanfor nemnde rammene for innføringsseminar skal kandidaten gå i ikkje-trykdefinansiert lærebehandling godkjent av instituttet. Det er ønskeleg at lærebehandlinga er starta før igangsetting av vidaregåande seminar. For opptak på vidaregåande seminar er det nødvendig med anbefaling i vegleiingsattest frå innføringsseminaret.

- Vidaregåande seminar omfattar 200 undervisningstimer over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimer kvar gang og to spesialseminar / fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimer som blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- Dagseminar føregår vanlegvis på faste vekedagar, 11 pr. år, og spesialseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

Det blir kravd gode kunnskapar i norsk munnleg og skriftleg. Faglitteraturen er i hovudsak på engelsk. Vi oppfordrar søkarar til å sette seg godt inn i utdanninga sine rammer. Fullstendig informasjon om utdanninga sitt innhald finns på Instituttet si heimeside www.instpsyk.no. Der finn ein også søknadsskjema.

Ny undervisningsplan: For seminar med oppstart frå og med 2017 gjeld ny undervisningsplan.

Les planen her: <http://www.instpsyk.no/utdanning/undervisningsplan-for-kandidatutdanningen-gjeldende-fom-seminarer-som-starter-i-2017/>

Seminaravgift er kr 12 000,- pr. semester for begge seminar.

Søknadsfrist: 15. april 2020.

Søknad skal sendast via heimesida <https://instpsyk.no/utdanning/nye-seminarer/soknad-til-seminar/>

For nærmare informasjon:

telefon 22 58 17 70 eller e-post sekr@instpsyk.no eller und-leder@instpsyk.no



VESTRE VIKEN

Utdanning i Basal Eksponeringsterapi (BET) for leger og psykologer

BET er en psykoterapeutisk behandlingsmodell utviklet for å fremme funksjonell selvregulering hos pasienter med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser. Helsepolitiske føringer pålegger psykisk helsevern å vektlegge samvalg og reduksjon av tvangsbruk. BET har fokus på likeverd og autonomi, herunder mulighet til å velge medisinfri behandling. Den **toårige BET-utdanningen** gir leger og psykologer kunnskap og ferdigheter som kan styrke pasientenes recoveryprosess.

Oppstart: 25. januar 2021

Søknadsfrist: 30. juni 2020

Hvem kan søke: Psykologer, psykologspesialister, leger og psykiatere

Deltakerantall: 16

Deltakeravgift: For deltakere fra Vestre Viken kr 20 000. For eksterne deltakere kr 60 000 (før 15. mai kr 40 000). Ved flere søkere fra samme sted kr 40 000 for hver påfølgende person.

Sted: Vestre Viken

Oppstart forutsetter nok deltakere. Utdanningen godkjennes av Den norske legeforening med 192 timer for spesialistenes etterutdanning i psykiatri og i barne- og ungdomspsykiatri; av Norsk psykologforening med 72 timer vedlikeholdsaktivitet.

Mer informasjon og søknadsskjema:

www.vestreviken.no/bet-utdanning

For informasjon om faglig innhold:

e-post bet-utdanning@vestreviken.no eller telefon 986 83 759 (Didrik Heggdal).



Norsk Karakteranalytisk Institutt
utdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

LEDIG KONTOR/BEHANDLINGSROM FOR PSYKOLOG I NYDELIGE OG ROLIGE OMGIVELSER I NYDALEN hos Norsk Karakteranalytisk Institutt.

Kontoret er romslig (ca. 18 kvm) med høy standard. Tilgang til felles venterom, kjøkken, fagbibliotek og romslig møterom. Instituttets undervisningslokale kan reserveres for større grupper. Det er tilgjengelig kantine på bygget og parkeringsplass kan reserveres. Velkommen til et hyggelig og godt fagmiljø som innbyr til samarbeid. Ta kontakt med Gaute Gulliksen på e-post kontor@karakteranalyse.no, tlf. 412 56 600, eller karakteranalyse.no/kontakt-oss/kontorleie for mer informasjon.

WAIS-IV TIL SALGS. Komplette WAIS-IV i veske med endel forbruksmateriell og scoringsprogram selges til redusert pris. Testen er ubrukt. Kontakt Stein Egil Solberg, e-post stegsolb@online.no, tlf. 906 19 108.

ALMAGROFORENINGEN PRESENTERER: Seminar i Moral de Calatrava, Spania 20.9–26.9.2020

Når terapeuter møter veggen. Om å unngå å bli utslitt, muligheter og utfordringer.

Vi vil se på stressende rammebetingelser, fremmedgjøring, «flinkhetssyndromet», personlige forhold, overføring og uttesting, samt negative sider ved empati, særlig ubevisst og somatisk empati. Videre hvordan forholde seg til dette på best mulig måte. Seminaret og opphold holdes i et gammelt spansk palass.

Foredragsholdere:

psykologspesialistene: Hans Peter Broch, psykoanalytiker, Arne Vaagene, Tor Sletten, bodydynamic analytiker, Inger Wangen, kandidat i psykoanalyse, Geirmunn Sletten, Udesh Anda og David Knutsen

Psicologa Carmen Villalobos Salguero, terapeuta gestalt

psykiater Dag Oulie og skuespiller Rhine Skaanes

Påmelding: Ved betaling av deltakeravgift på kr 6690,- til Almagroforeningen konto 5082 06 97348. Deltakeravgift er eksklusiv flyreise til Madrid og opphold på hotell i Moral (som vi reserverer). Inklusiv sen middag med vinsmaking, utflukt og buss Madrid-Moral. **Frist 1. april 2020.** (bekreft også påmelding ved e-post til almagroforeningen@gmail.com)

Informasjon: almagroforeningen.com (pittoresk landsby) og tlf. 0034 635157267

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. april**, frist for å bestille annonse til april-utgaven er **19. mars**

Kontakt oss på e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33

www.psykologtidsskriftet.no/annonsorer


IGA

 Institutt for
 gruppeanalyse og
 gruppepsykoterapi

Utdanning i GRUPPEPSYKOTERAPI og GRUPPEANALYSE

Psykoterapispesialitet for psykologer kan inngå

Utdanningen starter med 1-årig Grunnleggende trinn eller 2-årig Trinn A. Kandidater uten tilstrekkelig teori- og erfaringsbakgrunn for opptak på Trinn A, starter med Grunnleggende trinn. Utdanningen er tverrfaglig og arrangeres som blokkkurs med fem årlige samlinger á tre dager. Utdanningen består av teori, veiledning og egenerfaring i grupper. Lokale kollegiale veiledningsgrupper mellom delkursene tilkommer.

Grunnleggende trinn formidler basiskunnskap om gruppeprosesser og gruppepsykoterapi.

Trinn A utdanner kandidaten til kvalifisert og systematisk arbeid med gruppeterapi i førstelinjen og på spesialistnivå.

Trinn B, også 2-årig, setter kandidatene i stand til å arbeide selvstendig med gruppepsykoterapi og gruppeanalyse og gir grunnlag for å veilede i gruppepsykoterapi.

Full gruppeanalytisk utdanning inkluderer godkjenning av skriftlig oppgave etter fullført Trinn B.

IGA tilbyr også moduler tilknyttet hovedprogrammet i mentaliseringsbasert terapi (MBT) og Rus- og avhengighetsbehandling i grupper.

Psykologer i psykoterapispesialisering kan velge et 4-årig obligatorisk program for spesialitet i psykoterapi, som starter med Trinn A. NPF har ikke avgjort om gruppeveiledning på video kan godkjenne til spesialiteten. Beslutning forventes vår 2020. Uten slik godkjenning vil psykoterapispesialitet bli krevende for psykologer utenfor Osloområdet.

NYTT: 2-årig BUP psykoterapispesialitet for leger i spesialisering (LIS), hvor interesserte med annen profesjon også kan søke.

Sted: Voksenåsen kurs- og konferansehotell.

For nærmere informasjon og søknadsskjema, se vår hjemmeside www.iga.no. **Søknadsfrist 15. april 2020.**

Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi

Fr. Nansens vei 2, 0369 Oslo

Tlf. 466 11 630, E-post: iga@iga.no



KURS FOR LEGER OG PSYKOLOGER

Veteraners psykiske helse

10. og 11. september 2020

Sted: RVTS Øst, Gullhaugveien 1-3, 0484

Påmeldingsavgift: **Gratis**

Kurset har som formål å gi økt kjennskap til:

- veteraner og deres situasjon
- utfordringer for veteraner og deres familier
- forbigående psykiske reaksjoner og tilhørende mestringsstiltak
- psykiske lidelser; differensialdiagnostikk og evidensbaserte behandlingstiltak
- grunnleggende prinsipper for eksponeringsterapi
- konkret utforming av behandlingsplan

Kurset innbefatter refleksjonsøvelser, diagnostiseringsøvelser, praktisk trening i utforming av eksponeringsbehandling og terapeutiske teknikker. Det vil også bli anledning til å teste VR-utstyr for behandling. Kurset er godkjent som 12 timers fritt spesialkurs og 12 timers vedlikeholdsaktivitet av Psykologforeningen.

Informasjon og påmelding på rvtsost.no



NY ETT-ÅRIG DELTIDS UTDANNING SOM INTEGRAL TERAPEUT

Integral terapi er en unik terapiform, basert på lang terapeutisk praksis og livserfaring. Gammel østlig visdom i forening med nye metoder gir studiet en helhetlig tilnærming: Det fysiske og psykiske individet, individet i nærmiljøet, samfunnet og naturen, samt et spirituelt perspektiv står sentralt.

Denne terapiformen supplerer eksisterende terapeutisk kunnskap.

Studiet er samtidig et tilbud om en dypere realisering av menneskets sanne natur

Grunnbok i utdanningen: Sakhi, U.S & Nordhelle, G. (2020). *Virkeliggjøring av selvet. Integral terapi*. Cappelen Damm (utkommer i august).

Faglig ansvarlige: U.S. Sakhi og Grethe Nordhelle.
Se mer om studiet, instituttet og oss:

www.nordhelle.no

Evt. kontakt psykolog Grethe Nordhelle 92800226

INTEGRAL PSYKOLOGISK INSTITUTT AS

12 dagers Treningsprogram i Acceptance



Bedre Terapeuter

and Commitment Therapy (ACT).

Kursholdere: Psykologspesialistene Asle T. Elen og Thorvald Andersen, samt Robyn Walser (Ph.D)

Vil du lære ACT eller videreutvikle eksisterende ACT-ferdigheter? Vi tilbyr et omfattende program med nok dybdetring til å anvende ACT i din kliniske praksis. Kurset gir også mulighet til å lære ACT direkte fra en verdensledende ACT-trener. Dr Walser er *Associate Director at the National Center for PTSD* i USA. Hun har en særegen kompetanse på behandling av traumer og rus.

Sted: Tønsberg. Tollboden, Nedre Langgate 38.

Dato: 25 – 27 November 2020. 10 – 12 februar 2021. 05 – 07 Mai 2021. 06 – 08 September 2021.

Pris: 23.500 Kr. inkl. lunsj, kaffe og frukt.

Hjemmeside: www.bedreterapeuter.no

Kontakt: kontekstuell@gmail.com



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Visittkort

Ny selvbetjent løsning for bestilling
av Visittkort med timekort.

Velg mellom løse kort
eller visittkort i blokk,
og med eller uten
egen logo.

Bestilles via «min side»
for medlemsrabatt.



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no



Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region midt

Psykolog/psykologspesialist

Nasjonalt inntaksteam søker psykolog med nysgjerrighet, faglig styrke og ønske om å jobbe for ungdom med rus- og atferdsproblematikk.

Nasjonalt inntaksteam (NIT) er en enhet med nasjonale oppgaver i Bufetat. Hovedformålet er å bistå med kartlegging og målgruppe-differensiering av ungdommer som kommunen søker om behandlingsinstitusjon til etter barnevernloven.

Ungdom med alvorlige rus- og atferdsproblemer har store hjelpebehov. Noen av dem har langvarig historikk og alvorlig kriminalitet. Andre har opplevd omsorgssvikt, strever med psykiske vansker, eller har havnet i feil miljø. Når ungdommen trenger behandling for rus- og atferdsproblemer utenfor hjemmet, slik som i institusjon, bistår Nasjonalt inntaksteam (NIT) i prosessen med å sikre riktig behandlingstilbud.

Vi bistår med målgruppevurdering og kartlegging av risikofaktorer. Psykologene i NIT treffer ikke ungdommene, men jobber systematisk med gode vurderinger og formidling av disse til fagpersoner som har den direkte oppfølgingen.

Arbeidsoppgaver/ansvarsområder

- Målgruppevurdering, kartlegging av risikofaktorer og andre hensyn i prosessen med valg av behandlingstiltak.
- Kartlegging av risikofaktorer ved endt behandlingssopphold.
- Formidle vurderinger skriftlig og muntlig til interne og eksterne samarbeidspartnere.
- Delta i møter med samarbeidspartnere og institusjoner ved behov.
- Dokumentere/journalføre kliniske planer og aktivitet.
- Samarbeid med kollegaer i enkelt-saker og tjenesteutvikling.

- Kontinuerlig oppdatering på fagområdet individuelt og felles i team.

Kvalifikasjonskrav

- Godkjent profesjonsutdanning i psykologi.
- God kjennskap til kommunalt og statlig ansvarsområde i barnevernet.
- Teoretisk kunnskap om utvikling av atferdsproblemer og behandlingsmetoder for ungdom.
- Kunnskap om- eller erfaring fra institusjoner som gir behandling til målgruppen.
- Praksis/erfaring med utredningsarbeid, og bruk av standardiserte kartleggingsverktøy.

Personlige egenskaper

- Gode samarbeidsegenskaper.
- Strukturert, effektiv, målrettet og liker utfordringer.
- Stor arbeidskapasitet og godt humør.
- Engasjement for faget.

Vi tilbyr

- Medlemskap i Statens pensjonskasse.
- Faste samlinger med fokus på faglig utvikling og alle psykologer har faste møter med ekstern veileder.
- Lønn fra 552 000 til 813 400 kroner. Lønn og stillingskode vurderes etter utdanning og erfaring, og fastsettes etter en helhetsvurdering av kvalifikasjoner

Kontaktinformasjon:

- Siri Hoftun, avdelingsleder, tlf 466 15 091
- Kate Irene Hansson, leder, tlf 466 17 743

Se fullstendig utlysning og søk stillingen på www.bufdir.no



Bufetat
Barne- ungdoms- og familieetaten, region øst

Vil du være med å gjøre en forskjell?

Psykolog/ psykologspesialist

Sarpsborg ungdoms- og familiesenter har ledig fast 100 % stilling som psykolog/psykologspesialist. Arbeidssted vil primært være ved senterets institusjonsavdelinger i Sarpsborg og Fredrikstad.

Målgruppen vår er ungdom i alderen 14-18 år med alvorlige atferdsvansker.

Søknadsfrist 15. mars 2020

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no

Avdeling for rusmedisin, AFR Askøy søker:

Psykologspesialist/psykolog

AFR Askøy held til i flotte, moderne lokale på Ask. Den tverrfaglege bemanninga består pt av russpesialist og seksjons-overlege, LIS legar, psykologar, sosionom, sjukepleiarar/vernepleiarar, fysioterapeut, kvalitetskoordinator, aktivitetskoordinator og sekretær. AFR er opptatt av å leggje til rette for individuell vidareutdanning, samt felles kompetanseheving. Seksjonen har fast internundervisning.

Seksjon Askøy søkjar no psykologspesialist/psykolog til vår Avrusingspost. Posten har 13 ØH-senger for pasientar i behov av avrusing. Pasientane som blir lagd inn ved denne posten har ofte underliggjande psykiske, her i akuttpsykiatriske problemstillingar, kognitive og somatiske plager som ikkje har blitt diagnostisert på grunn av rusbruk. Vi kartlegg og diagnostiserer desse plagene for å finne ut kor pasientane vil få best hjelp i ØH systemet, og for å kunne starte eit best mogeleg behandlingforløp for den enkelte. Målet er at pasientane skal få oppfølging av psykolog både individuelt og i psykoedukative grupper.

Seksjon Askøy har også 12 senger på Mannsposten for menn med rusproblem. Pasientane må søkjast inn og behandlinga er individuelt tilpassa bestående av mellom anna miljøterapi, gruppeterapi og fysisk aktivitet. Denne posten har også ein brukarstyrt seng.

Vi søker ein medarbeidar som bidrar positivt til eit fagleg og kollegialt godt miljø og som har god fagleg vurderingsevne.

For meir informasjon, ta kontakt med Seksjonsleiar Vibeke Handeland, telefon 56 15 51 60/ 416 63 204



HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

Ref.nr. 4183872196
Søknadsfrist: 23.03.2020

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2020

SPESIALPLASSERING:

1/1 side 4 farger plassert på 3. omslagside kr 19 500.

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 24 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 760, samme format i farger kr 4 083.

SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 450.

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 600, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 500. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Kurs og konferanser» og www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen.

Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 5 950 per måned eller kr 1950 per uke kan annonsen vises på forsiden av www.psykologtidsskriftet.no under boksen for «ledige stillinger».

Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir også publisert, som en medlemservice, på www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
4	19.03	01.04
5	20.04	04.05
6	15.05	02.06
7	18.06	01.07

ANNONSEFORMATER

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

PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	17 650	15 950
1/2 side	13 650	12 150
1/4 side	11 650	9 950

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

For bestilling eller mer informasjon kontakt oss på e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33.



Ved institutt for psykologi er det ledige stillinger innen klinisk voksenpsykologi:

2-4 Førsteamanuensis i klinisk voksenpsykologi (100 %)
1-2 Universitetslektor i klinisk voksenpsykologi (30 %)
1-2 Universitetslektor i klinisk voksenpsykologi (100 %)

Nærmere opplysninger om stillingene fås ved å kontakte instituttleder Ute Gabriel, tlf. 73 59 17 78 eller e-post ute.gabriel@ntnu.no, eller klinikkleder Isabelle Brandvol Hohle, tlf. 73 59 05 37 eller e-post isabelle.hohle@ntnu.no

Nærmere opplysninger om søknadsprosessen kan fås ved henvendelse til HR-seksjonen ved Kirsten Sjolte, tlf. 73 55 94 76 eller e-post kirsten.sjolte@ntnu.no

Søknadsfrister: Førsteamanuensis 20.03.2020
 Universitetslektor 10.03.2020

Se fullstendige utlysningstekster på

<https://www.jobbnorge.no/ledige-stillinger/stilling/183183/foersteamanuensis-i-klinisk-voksenpsykologi>
<https://www.jobbnorge.no/ledige-stillinger/stilling/182800/universitetslektor-i-klinisk-voksenpsykologi>
<https://www.jobbnorge.no/ledige-stillinger/stilling/182796/universitetslektor-i-klinisk-voksenpsykologi>

Helse Vest RHF (regionalt helseforetak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Helse Vest RHF eig seks helseforetak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest innkjøp HF, i tillegg til Helse Vest IKT AS. Helseforetakene har om lag 27 300 medarbeidarar, omfattar femti sjukehus og institusjonar, og yter helsetenester til 1,1 million innbyggjarar.

Helse Vest RHF

100 % avtaleheimel i klinisk psykologi i Førde

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Førde er ledig frå juli 2020, eller etter avtale.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

- erfaring og praksis, medrekna erfaring som spesialist
- innretning av praksis
- eigenskapar for heimelen
- samarbeid med andre

Praksis skal drivast i samsvar med den til kvar tid gjeldane rammeavtale mellom Helse Vest og Norsk psykologforening.

Avtalespesialisten skal bidra til at Helse Vest kan oppfylle «sørge for»-ansvaret. Det inneber mellom anna at avtalespesialisten utfører undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen.

Avtalespesialisten skal ha eit nært og forpliktande fagleg samarbeid med Helse Førde ved Førde DPS om oppgåvefordeling og for å sikre rett prioritering og gode pasientforløp. Det blir forventat at avtalespesialisten også tar imot pasientar som vert tilvist frå Helse Førde ved Førde DPS. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle avtalen mellom Helse Vest og avtalespesialisten. Avtalepraksisen skal i samarbeid med Helse Førde også innrettast i tråd med utviklinga i faget og korleis behovet i befolkninga utviklar seg.

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil bli gjenstand for drøftingar mellom Helse Vest og aktuell søkjar før det vert gitt tilbod om avtaleheimelen.

Spørsmål om heimelen kan rettast til Helse Vest ved Torleiv Bergland, tlf. 51 96 38 22.

Skriftleg søknad med relevante opplysningar, CV og sannkjende kopiar av attestar og godkjenningar skal sendast til Helse Vest RHF, Postboks 303 Forus, 4066 Stavanger.

Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.

ALTERNATIV TIL VOLD

Stopp opp! Kjenn etter! Har du, kanskje uten helt å vite det selv, ventet på en anledning til å skifte retning, ta en sjanse, åpne deg opp for nye muligheter? Har du lang erfaring innenfor spesialisthelsetjenesten i nord, men ønsker nye utfordringer i en privat stiftelse med et viktig samfunnsoppdrag? Har du kommet til et punkt i livet der du er åpen for helt nye utfordringer, der du også er villig til å flytte langt opp i det ukjente? Er du psykologspesialist med din oppvekst i nord, med et tiltagende ønske om å flytte tilbake? Til en by med et rikt kulturliv, 2 timer fra Oslo og 30 min. fra Tromsø. Elsker du både natur og utfordringer? Da er dette jobben for deg!

DRØMMEJOBBS I NORD! Psykologspesialist / erfaren psykolog til ATV Finnmark

«Alternativ til Vold» (ATV) åpner i år et nytt senter i Finnmark, med hovedbase i Alta. Senteret vil ha fire fulle terapeutstillinger, og skal betjene befolkningen i hele Finnmark. Senterets oppgave er å gi behandling til mennesker (både menn og kvinner) som utøver vold i nære relasjoner, og deres familier. ATV har tre målsetninger; 1) behandling, 2) kunnskapsformidling og 3) kunnskapsutvikling. Dette betyr varierte oppgaver innenfor klinisk psykologi og psykoterapi samt innenfor samfunnspsykologi.

I ATV vil du komme inn i en sterk faglig organisasjon med stort fokus på fag og fagutvikling. Organisasjonen har mer enn 80 ansatte terapeuter (over 60 av disse er psykologer). Satsingen på faglig vekst og utvikling er meget sterk, med blant annet ti nasjonale fagdager i året (i Oslo, Stavanger og Kroatia). Finnmarksenteret vil bli en del av vår «region Nord», og ha et nært samarbeid blant annet med vårt kontor i Tromsø.

ATV ønsker en dyktig og motivert psykologspesialist eller erfaren psykolog som kan være med på å bygge opp et sterkt faglig senter i Finnmark. Tre dyktige fagpersoner er allerede ansatt. Lederstillingen kan diskuteres. Kjennskap til samisk språk og kultur er en fordel. Et viktig mål for arbeidet vil være å øke Finnmarksamfunnets bevissthet på vold i nære relasjoner og dens skadevirkninger for familien, samt å utvikle gode samarbeidsrelasjoner til øvrige samfunnsaktører i Finnmark (familievern, krisesenter, VOP, BUP, rusfelt, politi osv.)

Er du interessert? Ta snarlig kontakt med psykologspesialist **Ragna Lundgaard, leder for region øst og nord, mobil 416 11 003, e-post ragna@atv-stiftelsen.no**



HURDAL KOMMUNE

Kommunepsykolog

Vi søker kommunepsykolog som er opptatt av tidlig innsats, forebygging og et helhetlig perspektiv. Kommunepsykologen skal bidra til å styrke kvalitet og kompetanse i kommunens satsing på barn, unge og familier i et folkehelseperspektiv. Stillingen organiseres i rådmannens stab og vil arbeide i nær tilknytning til kommuneoverlege. I tillegg vil det faglige miljøet i stor grad være knyttet opp mot helsestasjonen.

Kontaktpersoner:

Rådmann Kjetil Kokkim, tlf. 917 40 845 og personal- og organisasjonssjef Grethe Bakken, tlf. 952 83 343.

Se fullstendig utlysning og søk på stillingen på [www.hurdal.kommune.no/Ledige stillinger](http://www.hurdal.kommune.no/Ledige_stillinger)

Søknadsfrist: 15. mars 2020

PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

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

Send e-post til tidsskrift@psykologtidsskriftet.no og meld din interesse.

PSYKLOGI

Ledig vikariat som fagredaktør i Tidsskrift for Norsk psykologforening

Psykologtidsskriftet søker fagredaktør i ett års vikariat i 60 % stilling.

Som fagredaktør har du en viktig rolle i vårt arbeid med å formidle ny kunnskap til våre lesere. Du vil ha et selvstendig ansvar for å initiere, vurdere, kvalitetssikre og utvikle faglige bidrag.

Stillingen krever at man har tekstkompetanse, og kan bistå forfatterne i arbeidet med å nå ut til Psykologtidsskriftets målgruppe. Vi søker primært kandidater med doktorgrad, klinisk erfaring er en fordel. Som fagredaktør vil man samarbeide med resten av redaksjonen. Det er stor fleksibilitet i hvor og når man jobber.

Vi tilbyr konkurransedyktige lønns- og pensjonsbetingelser og et godt arbeidsmiljø med høy faglig kompetanse. Vi holder til i trivelige lokaler sentralt i Oslo, Grev Wedels Plass 4.

Kontaktperson om stillingen: fagredaktør Vibeke Ottesen,
e-post vibeke@psykologtidsskriftet.no, tlf. 481 76 821.

Søknad sendes på e-post til: perolav@psykologtidsskriftet.no

Søknadsfrist: 10. mars

Tiltredelse: Snarlig

Tidsskrift for Norsk psykologforening er Norges ledende fagbase innenfor psykologi. Papiirutgaven kommer 12 ganger i året, i et opplag på 10.000 eksemplarer. I tillegg publiserer vi jevnlig saker kun for nett. Psykologtidsskriftet består av faglige bidrag, både fagfelleverderte bidrag og fagessay, i tillegg til journalistikk, debatter, anmeldelser og mye mer. Redaksjonen består i dag av sjefredaktør, to fagredaktører, to journalister og markedsansvarlig.



**NORSK
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President**

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

Visepresident

Rune Frøyland
rfroey@online.no
450 30 522

Medlemmer

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

Hanne Indregard Lind
948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit
909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

Lars Asle Einarsen
951 41 036
lars.asle.einarsen@gmail.com

Britt Randi Hjartnes Schjødt
922 99 371
bibihj@gmail.com

Ingvild Gregersen
957 27 801
ingvildg@gmail.com

Arnhild Lauveng
913 17 162
post@arnhildlauveng.com

Studentrepresentanter

Guro Holte Igesund
464 27 727
guroigesund@gmail.com

Viljar Møretro
910 03 670
viljar-96@hotmail.com

Varamedlemmer

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

Jakob Støre-Valen
984 23 805
jakob@valen.cc

Aina Holmén
986 64 501
ainaholmen1@gmail.com

Alf Martin Eriksen
909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

LOKALAVDELINGER

Akershus
Joan Sigrun Nygard
joan.sigrun.nygard@vestreviken.no
416 66 260

Aust-Agder
Janne Veer
Janne.Hammervold.Veer@sshf.no
452 14 480

Buskerud
Even Rognan
EVEROG@vestreviken.no
410 28 606

Finnmark
Sigrid Larsen
sigrid.larsen@hammerfest.kommune.no
413 14 783

Hedmark
Lene Engen Kleppe
leneeng@hotmail.com
924 53 116

Hordaland
Runa Kongsvik
runa.kongsvik@gmail.com
938 63 918

Møre og Romsdal
Eva Røv Eidset
eva.eidset@helse-mr.no
916 10 080

Nord-Trøndelag
Julie Valen
psyk.valen@gmail.com
924 90 532

Nordland
Iris Anette Söderholm
irisanette@gmail.com
909 34 857

Oppland
Iver Sørli Røhr
iversr@gmail.com
916 35 382

Oslo
Birgit Aanderaa
biraan@ous-hf.no
917 12 983

Rogaland
Elise Constance Fodstad
ecgr@sus.no
930 07 971

Sogn og Fjordane
Solbjørg Torheim Hanitz
solbjorg_89@hotmail.com
902 95 676

Sør-Trøndelag
Kjersti Sandnes
sandneskjersti@gmail.com
916 72 756

Telemark
Birgitte Lindø
libi@siv.no
473 83 123

Troms
Espen Nicolaisen
espennicolaisen@outlook.com
950 60 605

Vest-Agder
Ann Birgithe S. Eikhom
abseikhom@gmail.com
971 29 052

Vestfold
Simon Thorsell Næs
simonnaes@gmail.com
926 98 317

Østfold
Øyvind Nordhus
nordhus@me.com
911 61 779

FAGETISK RÅD

Svanhild Mellingen, leder
Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

**ANKEUTVALG
FOR FAGETISKE
KLAGESAKER**

Rune Raudeberg, leder,
e-post rune.raudeberg@gmail.com, tlf. 952 47 487

**LØNNS- OG ARBEIDS-
MARKEDSUTVALGET**

Rune Frøyland, leder,
tlf. 450 30 522
Ingvild Gregersen,
nestleder, tlf. 957 27 801
Bjarte Bønes Bruntveit,
Spekter-helse, tlf. 909 98 052
Birgit Aanderaa, Spekter-
helse, tlf. 917 12 983
Inger Marie Andreassen,
KS, tlf. 924 28 703
Bjørn Arne Øvrebo, Stat,
tlf. 982 49 732
Helene Kindle-Skau, Virke/
HUK, tlf. 924 28 703
Grete Schau, Privatpraksis,
tlf. 909 19 372
Torstein Winger, Oslo
kommune, tlf. 415 80 567
Hanne Indregard Lind,
Helse Sør-Øst, tlf. 948 05 153

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS**

Rune Frøyland, leder,
e-post rfroey@online.no,
tlf. 67 92 20 40

SPELIALITETSRÅDET

Håkon Kongsrud Skard,
e-post hakon@psykologforeningen.no
tlf. 23 10 31 30

KVALITETSUTVALGET

Håkon Kongsrud Skard,
e-post hakon@
psykologforeningen.no
tlf. 23 10 31 30

FAGUTVALGENE

Felleselementene
Per-Einar Binder, leder,
e-post per.binder@psykp.uib.
no, tlf. 995 00 313

Barne- og ungdomspsykologi

Lars Ravn Øhlckers, leder,
e-post larsravnohlckers@
gmail.com, tlf. 908 81 250

Familiepsykologi

Trine Eikrem, leder, e-post
trine.eikrem@bufetat.no,
tlf. 466 16 566

Rus- og avhengighetspsykologi

Eva Karin Løvaas, leder,
e-post evakarinoevaas@
gmail.com, tlf. 916 64 076

Eldrepsykologi

Jørgen Wagle, leder,
e-post jorgen.wagle@
aldringoghelse.no,
tlf. 950 74 358

Psykoterapi

Ingunn Aanderaa
Opsahl, leder, e-post
ingunnaanderaa@hotmail.
com, tlf. 971 50 507

Voksenpsykologi

Ivar Elvik, leder,
e-post ivarelvik@gmail.com,
tlf. 454 74 400

Nevropsykologi

Rune Raudeberg, leder,
e-post rune.raudeberg@
gmail.com, tlf. 952 47 487

Habiliteringspsykologi

Tonje Elgsås, e-post
tonjeped@gmail.com,
tlf. 922 33 224

Arbeidspsykologi

Anette Høy Dye, leder,
e-post anette.hoy.dye@
moment.consulting,
tlf. 928 24 338

Samfunn- og allmennpsykologi

Kjersti Hildonen, leder,
e-post khi@lorenskog.
kommune.no, tlf. 907 85 288

Organisasjonspsykologi

Rudi Myrvang, leder, e-post
rudi.myrvang@gmail.com,
tlf. 906 03 355

Klinisk helsepsykologi

Borrik Schjødt, leder,
e-post borrik.schjodt@helse-
bergen.no, tlf. 990 27 309

GODKJENNINGS-UTVALGET

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

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

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

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

Guro Holte Igesund, NTNU,
leder, e-post guroigesund@
gmail.com, tlf. 462 27 727

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

Roger Hagen, leder, e-post
roger.hagen@svt.ntnu.no,
tlf. 481 09 789

MENNESKERETTIGHETSUTVALGET

Nora Sveaass, leder, e-post
nora.sveaass@psykologi.uio.
no, tlf. 958 09 001

TESTPOLITISK UTVALG

Tanya Ryder, leder, e-post
tanya.ryder@hotmail.com,
tlf. 918 41 109

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Espen Falch-Nicolaisen,
fung. leder, e-post
espennicolaisen@outlook.
com, tlf. 950 60 605

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

Jogeir Sognnæs, leder,
e-post jogeir61@gmail.com,
tlf. 918 16 155

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Karsten Karlsøen,
kommunikasjonssjef og
myndighetskontakt, e-post
karsten@psykologforeningen.
no, tlf. 976 11 591
Stine Vedvik, nettredaktør,
e-post stine.vedvik@
psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås,
administrasjonssjef,
e-post linda@
psykologforeningen.no

Toril Dyrhovd,
nestleder, e-post toril@
psykologforeningen.no

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingssjef
Joakim Solhaug, nestleder
Kontakt
forhandlingsavdelingen@
psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Åste Herheim,
fagsjef, e-post aste@
psykologforeningen.no
Aina Fraas Johansen,
nestleder, e-post aina.f.j@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Bjørnhild Stokvik,
utdanningssjef,
e-post bjornhild@
psykologforeningen.no
Eva Danielsen,
nestleder, e-post eva@
psykologforeningen.no
Kontakt kurs@
psykologforeningen.no

NORSK PSYKOLOGFORENING

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
Besøksadresse: Kirkegata 2
Tlf. 23 10 31 30
Faks 22 42 42 92
E-post post@
psykologforeningen.no
Hjemmeside
www.psykologforeningen.no

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
Besøksadresse:
Grev Wedels plass 4

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, Privatpraksis
Kjersti Arefjord,
Universitetet i Bergen
Eva Dalsgaard Axelsen,
Universitetet i Oslo
Henning Bang,
Universitetet i Oslo
Per-Einar Binder,
Universitetet i Bergen
Anne Inger Helmen Borge,
Universitetet i Oslo
Tim Brennen, Universitetet
i Oslo
William Brochs-Haukedal,
Norges handelshøyskole
Nikolai Czajkowski,
Universitetet i Oslo
Knut Dalen, Universitetet i
Bergen
Guðrun Dieserud, Nasjonalt
folkehelseinstitutt
Fanny Duckert,
Universitetet i Oslo
Atle Dyregrov, Senter for
krisepsykologi

Tor-Johan Ekeland,
Høgskulen i Volda
Ståle Einarsen,
Universitetet i Bergen
Hege R. Eriksen, Univer-
sitetetsforskning Bergen
Anders Martin Fjell,
Universitetet i Oslo
Magne Arve Flaten,
Universitetet i Tromsø
Rolf W. Gråwe, St. Olavs
hospital
Siri Erika Gullestad,
Universitetet i Oslo
Roger Hagen, Norges
teknisk-naturvitenskapelige
universitet
Odd E. Havik, Universitetet
i Bergen
Anthony Hawke, Familie-
vernkontoret i Stavanger
Asle Hoffart, Modum Bad
Arne Holte, Nasjonalt
folkehelseinstitutt
Hanne Haavind,
Universitetet i Oslo
Reidun Ingebretsen, Norsk
institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
Tine K. Jensen, Nasjonalt
kunnskapscenter om vold og
traumatisk stress
**Leif Edward Ottesen
Kennair**, Norges teknisk-
naturvitenskapelige
universitet
Stein Knardahl, Statens
arbeidsmiljøinstitutt
Gerd Kvale, Universitetet i
Bergen

Øyvind Kvello, Norges
teknisk-naturvitenskapelige
universitet
Kim Larsen, Sykehuset
Østfold
Arild Lian, Bredtvet
kompetansesenter
Gro Therese Lie,
Universitetet i Bergen
Astri J. Lundervold,
Universitetet i Bergen
June Ullevoldsæter Lystad,
Oslo Universitetssykehus
Svein Magnussen,
Universitetet i Oslo
Øyvind Lund Martinsen,
Handelshøyskolen BI
Willy-Tore Mørch,
Universitetet i Tromsø
Simon-Peter Neumer,
RBUP Øst og Sør, Oslo
Geir Høstmark Nielsen,
Universitetet i Bergen
Hans Nordahl, Norges
teknisk-naturvitenskapelige
universitet
Inger Hilde Nordhus,
Universitetet i Bergen
Terje Ogden, Nasjonalt
utviklingscenter for barn
og unge (NUBU)
Ståle Pallesen, Universitetet
i Bergen
Magne Raundalen, Senter
for krisepsykologi
Sissel Reichelt,
Universitetet i Oslo
Ivar Reinvang, Universitetet
i Oslo
Astrid M. Richardsen,
Handelshøyskolen BI

Jan H. Rosenvinge,
Universitetet i Tromsø
Bjørn Rishovd Rund,
Universitetet i Oslo
Frida Gullestad Rø,
Universitetet i Oslo
Michael Helge Rønnestad,
Universitetet i Oslo
Gro Mjeldheim Sandal,
Universitetet i Bergen
Per Øystein Saksvik,
Norges teknisk-naturviten-
skapelige universitet
Borrik Schjødt, Haukeland
universitetssykehus
Jan Skjerve, Universitetet i
Bergen
Ingunn Skre, Universitetet
i Tromsø
Arvid Skutle, Stiftelsen
Bergensklinikkene
Lars Smith, Nasjonalt
kompetansenettverk for
sped- og småbarns psykiske
helse
Håkan Sundberg,
Universitetet i Bergen
Frode Svartdal,
Universitetet i Tromsø
Nora Sveaass, Psykologisk
institutt, Universitetet i Oslo
Stephen von Tetzchner,
Universitetet i Oslo
Odd Arne Tjersland,
Universitetet i Oslo
Bente Træen, Universitetet
i Oslo
Merete Øie, Sykehuset
Innlandet HF
Simon Øverland,
Universitetet i Bergen

Til bidragsyterne: Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til sjefredaktør Bjørnar Olsen: bjornar@psykologtidsskriftet.no. Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav (psykologtidsskriftet.no, se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal innholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistoppagave.

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1495 per år, bedriftsabonnement kr 2650, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 185 + porto/eksp.gebyr.

Annonser: Kontakt Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33, e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller www.psykologtidsskriftet.no, se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

Frist for innlevering av annonser:
19.03, 20.04, 15.05, 18.06, 17.07, 19.08,
17.09, 16.10, 18.11



Holder *ganske* trygt for deg?

Holder det at det du leser er *nesten* sant?

Samfunnet preges av en overflod av informasjon, gjennom etablerte og nye kanaler. Fagpressens 216 medlemmer er alle spesialister på sine områder. Titler med kvalitetsstempelet Fagpressen forplikter seg til å bringe deg uavhengig og pålitelig innhold – underlagt Redaktørplakaten og Vær Varsom-plakaten. Dette gir kvalitetsjournalistikk, som bidrar til en konstruktiv samfunnsdebatt. Våre medier har 1,9 millioner* månedlige lesere på nett og nær 3,9 millioner** abonnenter og mottakere av papirutgaver.

Det er avgjørende for oss at det du leser er til å stole på.

Les mer om viktigheten av kvalitetsjournalistikk på fagpressen.no/palitelig

