

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

ÅRETS TIDSSKRIFT  
2020  
NORSK TIDSSKRIFTFORENING



# PSYKologi

Vol.57 nr.04 2020

Koronapandemien:

## - Hele kommunen er pasient

*NÅ-intervjuet*

## OVERGREP OG UFØRHET

*Vitenskapelig artikkel*

*Aktuelt*

## Ingen krise i selvmordsforebyggingen

*Meninger*

## Terapi bak skjermen

*Fra praksis*

# PSY KOL OGI

Vol. 57 nr. 04 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 25.03.2020

**Omslagsillustrasjon** missboo.no

**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

- 248 **Etterlyser skjerpet blikk på Eldres psykiske helse**  
NÅ: May Lene Karlsen | Per Halvorsen
- 250 **Evighetsmaskinen**  
Portrett | Per Halvorsen
- 256 **Vil ha omfattende tiltak mot overgrep**  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 260 **Seksuelle overgrep i barndommen og arbeidsuførhet i voksen alder**  
Vitenskapelig artikkel | Iris M. Steine et al.
- 272 **Verdens beste pappa**  
Fra praksis | Helge Kristofer Smebye
- 280 **«Hos Hedda ligger dyb poesi på bunden...»**  
Fagessay | Jon Morgan Stokkeland
- 286 **Bak skjermen**  
Fra praksis | Tine Nordgreen et al.
- 293 **MENINGER**  
Hovedinnlegg: Myter og fakta om selvmordsforebygging | Fredrik A. Walby et al. (s. 294)  
Debatt: Selvmordsforebygging (s. 298), Foreningsdemokrati (s. 300 og 301), Helseøkonomi (s. 302), Landsmøtevedtak (s. 304), Diagnostisering (s. 305)
- 307 **INNTRYKK**  
Bokessay: Kroppskartet | Anonym (s. 308)  
Bokanmeldelser: Foreldretrening uten grenser (s. 312), Om verdighet og valgfrihet (s. 314)
- 316 **Minneord: Terje Hartmann (1940–2020)**
- 318 **Minneord: Sissel Reichelt (1938–2020)**
- 320 **Annonser**
- 324 **Stillingsannonser**

# 250



FOTO: NORA SKJERDINGSTAD

## SISTE ORD?

Han representerer nesten fire tiår med foreningshistorie. Nå takker Sverre Leonard Nielsen av i en alder av 80. I hvert fall nesten.

*Portrett*

# 260



ILLUSTRASJON: MISSBOONO

## OVERGREP OG ARBEID

Det er en statistisk sammenheng mellom seksuelle overgrep i barndommen og senere arbeidsuførhet.

*Vitenskapelig artikkel*

Les også intervjuet med artikkelforfatter Iris M. Steine på s. 260.

*Aktuelt*

# 272



ILLUSTRASJON: VIKTOR SAKSHAUG

## **FAR OG SØNN PÅ FLUKT**

Faren til den unge flyktingen «Amir» hjalp sønnen med å ta kontroll over de vonde minnene.

*Fra praksis*

# 308



FOTO: NTB SCANPIX / SHUTTERSTOCK

## **TAR KROPPEN TILBAKE**

Seksuelle traumer og kroppslige her-og-nå opplevelser knyttes sammen i boka *Sexualität und Trauma*.

*Bokessay*



**BREDDE** - Det er viktigere enn noen gang å beholde det brede blikket, sier kommunepsykolog May Lene Karlsen.

**NÅ** MAY LENE KARLSEN

# Etterlyser skjerpet blikk på Eldres psykiske helse

Kommunepsykolog May Lene Karlsen håper koronapandemi kan bidra til at vi i større grad vil sette søkelys på Eldres psykiske helse.

**TEKST** Per Halvorsen  
**FOTO** Are Karlsen

**- På et mye likt innlegg i Facebook-gruppa Psykologer i kommunen skriver du at du ble tatt på senga av koronapandemien, men at vi ikke burde bli tatt på senga av perioden som kommer etter. Hva ville du med innlegget?**

- Pandemien kom forståelig nok som et sjokk på de fleste av oss; både på en befolkning som må tilpasse seg helt nye hverdagsrutiner, og

et hjelpeapparat som nå jobber under høyt trykk på nye måter. Det er mye pionerarbeid rundt om i kommunene nå, men vi kan ikke slå oss til ro med det. Vi vet at det vil komme en tid etter pandemien. Da dukker en rekke spørsmål opp for meg: Hvordan vil vi bli preget på godt og vondt av belastningene vi som enkeltindivider og grupper nå blir utsatt for? Hvilke effekter vil situasjonen ha på hjelpe-

apparatet vi er satt til å betjene? Hvor bør vi sette inn innsatsen? Hvilke grupper bør vi være ekstra oppmerksomme på? Dette ønsker jeg å reflektere over sammen med kolleger andre steder i landet. Det er for tidlig å finne svar, men det er ikke for tidlig å formulere gode spørsmål.

**– Hva ser du for deg blir de viktigste konsekvensene av pandemien?**

– Ett eksempel er de som taper inntekt fordi jobben blir borte, og som blir avhengig av offentlige stønadsordninger. En ting er de materielle følgene, men hva med tap av posisjon og status? Vil vi oppleve flere selvmord? Vi vet jo at alvorlige tapsopplevelser, mangel på håp og mening er et fellestrekk ved selvmordstruede. Dette er spørsmål vi bør ta stilling til når vi gjenopptar det selvmordsforebyggende arbeidet i etterkant av pandemien. Hvis tapstallene som følge av viruset blir høyere enn antatt, kan det bli større behov for å drive sorgarbeid enn før. Selv opplever jeg at en kommune kan være svært fleksibel i måten de organiserer tjenestene på. Derfor er det viktig at vi bruker de forane vi har til å dele kunnskap og erfaringer fortløpende, slik at vi kan tilpasse tjenestene til de nye behovene som oppstår.

**– Du skriver: «Kanskje er endelig tiden kommet for å sette søkelyset på psykisk helsetilbudet til eldre i kommunen?» Hvorfor trekker du spesielt fram eldrepopulasjonen?**

– Fordi eldre mennesker er utpekt som den befolkningsgruppa som er aller mest utsatt for pandemien. De blir mer alvorlig syke enn andre, og det er i denne gruppa det er flest som dør. De er også blant dem som er mest sårbare for isolasjon, og mister venner og jevnaldrende familie. Jeg syns et av de mest slående trekkene ved koronapandemien er hvordan eldre er blitt omtalt i offentligheten. Selv om kronologisk alder i seg selv er blitt avvist av myndighetene som prioriteringskriterium, har alder sneket seg inn i debatten som et premiss for diskusjonen.

Holdninger til Eldres status blir tvunget opp til overflaten når det stilles spørsmål ved hvor mye vi som samfunn bør være villig til å tåle av økonomiske tap og omveltninger for å skåne flest mulig eldre. Hvordan utspiller aldersdiskriminering seg i vårt samfunn og i våre kommuner i det språket vi bruker? Hvordan slår

## Hvorfor NÅ?

- May Lene Karlsen, kommune-psykolog under spesialisering i allmenn- og samfunns-psykologi. Ansatt i Sandefjord kommune, der hun jobber systemrettet i psykisk helsetjenester for barn og unge.
- Postet 21. mars et innlegg i Fb-gruppa Psykologer i kommunen, der hun kommer med en tydelig appell til kolleger om å planlegge for varige endringer i det lokale tjenesteapparatet som følge av koronapandemien.

dette inn i selvpoppfatningen til eldre? Jeg savner de Eldres egen stemme i debatten og håper de kommer til orde etter hvert.

**– Du jobber selv med psykisk helse hos barn og unge. Hvordan kan vi være best mulig forberedt når hverdagen forhåpentligvis igjen nærmer seg en slags normalitet?**


– Plutselig er dagen her når barn og unge skal vende tilbake til barnehager og skoler. Dette kan vi allerede nå begynne å forberede. Lærere og barnehageansatte vil trenge vår støtte i den aller første tida. Hvordan kan vi hjelpe barn tilbake til rutinene? Hvordan kan vi støtte dem som har hatt en vanskelig tid grunnet tap eller vanskelige familiesituasjoner? Og ikke minst, hvordan kan vi forholde oss til barnas opplevelser av krisen slik at disse blir hørt av de som tar viktige avgjørelser i arbeidet videre? PP-tjenesten vil jo mange steder stoppe fullstendig opp. Arbeidet med å lage sakkynndighetsvurderinger er mange steder satt på vent. De får en formidabel oppgave med å ta igjen etterslepet nå rett før et nytt skoleår samtidig som de trengs på systemnivå.

**– Hvilke følger tror du det vi nå opplever, vil ha for det lokale folkehelsearbeidet?**

– Akkurat nå handler folkehelsearbeidet naturlig nok om folkeopplysning og å forvalte smitteverntiltakene så effektivt som mulig. Men jeg tror også vi vil kunne oppleve en sterkere bevisstgjøring av hva som er de viktigste helsefremmende faktorene i samfunnet vårt når det gjelder psykisk helse. Hva som betyr noe for å leve et liv som gir mening, og at vi blir minnet om hva som er verdt å sette pris på.

**– Hva konkret skal kommunepsykologene gjøre?**

– For oss kommunepsykologer er hele kommunen nå pasient. Derfor er det viktigere enn noensinne å beholde dette brede blikket. Følge med på hvordan lokale tall og statistikker utvikler seg. Finne ut om det er noen pasientgrupper som faller mellom stolene. Tenke sammenhengende tjenester. Å drive systemisk arbeid, mener jeg blir viktigere enn noensinne. Det kan bli kaotisk med så mye læring og så store forandringer på samme tid, og da er det viktig at noen ser det store bildet. ✕



**PORTRETT** SVERRE LEONARD NIELSEN

# Evighetsmaskinen

Nesten fire tiår i Psykologforeningens tjeneste.  
I mars fylte han 80. Nå gir han seg. I hvert fall nesten.

TEKST Per Halvorsen, journalist FOTO Nora Skjerdingsstad





- Vi må ikke tro vi er verdens beste psykologer, sier Sverre L. Nielsen som advarer mot profesjonsproteksjonisme.



**O**rganisasjonsbygger, internasjonalist, forfengelig, tydelig. Mange har bidratt til den mangfoldige ordskyen som svever usynlig over Sverre Leonard Niensens gråhvite hode. Men ikke alle karakteristikkene faller i like god jord.

– Forfengelig??!

Han stiller seg lattermildt uforstående. Men få kan si «kårrdflyelsebukse» og «hættegænsærr» med samme bergensklingende forakt som ham.

Syv år som politisk valgt leder, deretter 10 som generalsekretær. Etter det igjen leder for det som den gang het «kurs-og serviceavdelingen», og de siste årene som seniorrådgiver.

Allerede da han begynte sin løpebane i Psykologforeningen på begynnelsen av åttitallet, mens uformell klesstil fremdeles hang igjen fra tiåret før som et litt utgått signal om solidaritet, framstod han som en ordentlighetens apostel. Har han vært på jobb for Psykologforeningen, har han alltid vært ulastelig antrukket. Blazer og bukse med press har vært minstestandard.

#### PSYKOLOGUNIFORM

– Det er ikke klærne som skal forstyrre kommunikasjonen når jeg representerer foreningen i ulike fora. Og da nytter det ikke å stille i det som i sin tid fremstod som en «psykologuniform».

– *Psykologuniform?*

– Kårdbukse og genser, som noen så ut som de hadde ligget i. Og de hadde nok det, humrer han.

Nielsen har vært med på samtlige landsmøter, 20 i tallet, siden ordningen avløste tradisjonen med generalforsamlinger i 1978. Fjorårets synes han var i særklasse spesielt.

Først trakk en av presidentkandidatene seg fordi det dukket opp en ny. Så trakk den nye kandidaten seg fordi det dukket opp enda en, som så trakk seg, uten at delegatene fikk anledning til stemme over de ulike veivalgene som ble skissert i valgkampen før landsmøtet.

Til slutt valgte den ene av visepresidentene å forlate sentralstyret få dager etter at landsmøtet er over.

«Det går nesten ikke an», mumler han mellom munnvikene. Han medgir å ha vært sint. Han trives dårlig med slik uforutsigbarhet.

#### POLITIKK OG PRAGMATIKK

Han mener det ville ha vært klokt å stå løpet ut når man først har meldt seg på i kappløpet,

og skulle gjerne ha sett at det ble et reelt valg mellom verdiene som utmeislet seg i presidentvalgkampen. Selv var han «det fagpolitiske sports» mann.

– Psykologene er ikke det aller viktigste, det er det «psykologien» som er, og hvordan den kan omsettes i gode tjenester. Det er faget vi skal forvalte. Det er det som er grunnlag for samfunnsoppdraget vi har fått, og som gir oss legitimitet som profesjon, sier han.

Samtidig mener han det er viktig å være pragmatisk.

– Noen kamper går man seirende ut av, andre taper man. Det er det som er politikens vesen. Noen har valgt deg, har tiltro til deg og stoler på at du skal representere dem selv når du opplever motgang. Man må tåle å stå i mindretall.

#### POMPØS

Vi har hanket ham inn for portrettfotografering. Plassert ham i en blomstrete stol i de mondene lokalene til Oslo Militære Samfund der Psykologforeningen titt og ofte har jublet og jubilet for seg selv. Det har han ingenting imot.

– Jeg har vel en stor grad av pompøsitet i meg, innrømmer han.

– *Har du noen gang tenkt over at det å sitte så lenge som du har gjort, kunne oppfattes som manglende vilje i foreningen til å fornye seg?*

– Nei, det har jeg faktisk aldri tenkt over. Jeg syns vi har fornyet oss hele veien. Vi har alltid hatt noe å strekke oss mot.

– *Hvorfor valgte du ikke å bli praktiserende psykolog stedet?*

– Det var ikke noe veldig bevisst valg. Men sett i ettertid, tror jeg ikke jeg ville ha vært så god til det. Jeg er kanskje litt mer interessert i å prate selv enn å lytte til andre, ler han før han fortsetter: Man kan jo være interessert i fotball selv om man ikke er så god til å spille selv. Jeg ble lagleder i stedet.

#### SPESIALISTKATEGORIEN

Det ligger merkesteiner igjen i løypa som vår mann har vært med på å trække opp. En av de første han selv nevner, er etablering av profesjonsstudiet i Tromsø i 1991, før Trondheim, som kom fire år etter.

– Det var først og fremst behov for flere psykologer i Nord-Norge. Tanken var at hvis vi la til rette for at flere utdanner seg der, er det flere som blir der, opplyser Nielsen.



**LAGLEDER** Praktiserende psykolog ble han ikke: – Man kan jo være interessert i fotball selv om man ikke er så god til å spille selv. Jeg ble lagleder i stedet, sier han.

Fem år senere fikk Psykologforeningen gjennomslag for spesialistkategorien sammen med legene og tannlegene.

– Definitivt en av de største seirene i foreningens historie, som bidro til et betydelig lønnsløft, mener jubilanten

Han nevner psykisk helsevernloven fra 2000, som ga psykologspesialister vedtaksmyndighet innenfor psykisk helsevern og sidestilte dem med psykiaterne bortsett fra når det gjaldt medisinering.

– Fram til da var vi ikke blitt verdsatt for hva vi faktisk gjorde i psykisk helsevern. Et statusklyv for profesjonen, som også åpnet for profesjonsnøytral ledelse i klinikkene.

Det er nok å ta av til et eget temanummer: Kampen mot statsråd Gudmund Hernes, som ville redusere psykologutdanningen til fem og et halvt år, alt inkludert. En kamp Nielsen ledet og statsråden tapte. Gjennomføringen av Den europeiske psykologikongressen i 2009, et arrangement han hadde det praktiske organisatoriske ansvaret for, og som hadde Phillip Zimbardo som et av trekkplastrene.

– Den største kongressen i Oslo det året. En stor suksess både organisatorisk og innholdsmessig, om jeg selv skal si det, smiler han ubeskjedent.

Det har vært mye å glede seg over, men ikke bare. Noe av det verste han har opplevd, ble kastet over ham som et brått uvær i løpet av noen januardager i 1992:

#### **SVIKET**

Han var generalsekretær på tredje året og hadde fått en telefon fra en av de ansatte om at det hadde skjedd noe alvorlig. Dagen etter sprang »

– Psykologene er ikke det aller viktigste, det er det «psykologien» som er

*Sverre Nielsen*



**AVSTEMNING** Jubilanten leder avstemningen over hvilket navn som skulle gis nystiftede Psykologistudentenes forening i Bergen i 1964. Valget falt på Ødipus. Foto: privat

## Sju kjappe

- **Forbilde:**  
Torvald Stoltenberg
- **Boka jeg aldri glemmer:**  
*Bak lås og slå* av Kristian Ottosen
- **Ville helst gått i terapi hos:**  
Anna von der Lippe
- **Lytter til:**  
Jazz og klassisk musikk
- **Hvis ikke psykolog, skulle jeg vært:**  
Freds- og konfliktforsker
- **Ser på:**  
Nyheter, og engelsk, fransk eller tysk krim
- **Sitter gjerne fast i heisen med:**  
Min kone Bjørg

bomben. En sentral tillitsvalgt hadde hatt et forhold til to kvinnelige pasienter. Saken var innmeldt Fagetisk råd, og pressen var på sporet. Under et ekstraordinært sentralstyremøte få dager etter ventet VG og Dagbladet på gangen.

– Det var full krise. Vi sendte beskjed til Helseledelse med ilpost. Etter kort tid ble vedkommende fratatt autorisasjonen, minnes Nielsen.

Lørdag 25. januar var det oppslag i begge de to store tabloidavisene: «Psykolog i sexskandale», lød en av forsideoverskriftene som kløp leserne i pupillene. Nielsen mener at rask inngripen bidro til å begrense omdømmemetapet.

– Kanskje vi til og med kom ut i pluss? Noen av tilbakemeldingene vi fikk, tydet i det minste på det. «Dere prøver i hvert fall ikke å skjule noe», lød en av dem. Det lærte meg at åpenhet som regel lønner seg. Og at man ikke skal forsøke å verne sine egne for enhver pris.

Kort tid etter ble han fysisk dårlig. Han trengte en time-out.

– Jeg oppsøkte en venn og kollega, vi gikk turer og pratet. Da ble jeg klar over at det var følelsen av svik som gikk så sterkt inn på meg.

### KOMPETANSEMOBILITET

I de senere årene har han tatt initiativ til og ledet arbeidet med å etablere «International Declaration on Core Competences in Professional Psychology», som ble vedtatt av International Association of Applied Psychology (IAAP) og IUPsyS i 2016. IPCP, det internasjonale prosjektet, har som mål å sette en standard for de basale kompetansekravene til psykologer, og IPCP-deklarasjonen har fått bred internasjonal støtte.

– *Hvorfor er det så viktig å utvikle felles standarder på dette området?*

– Det handler om mobilitet for psykologer landene imellom. Da må vi bli enige om hva som kreves for å kunne praktisere som psykolog. Dette er det første steget.

– *Kompetansemobilitet var formålet med EuroPsy også. Hvor vellykket synes du den sertifiseringsordningen har vært?*

– EuroPsy er et sertifikat, men det gir ikke automatisk sertifisering i andre land. Noen land har hatt god nytte av den likevel. De har brukt den som benchmark for sin egen

utdanning. De har hatt noe å strekke seg mot. Og det er en suksess i seg selv å komme fram til enighet på dette området.

– Men vi må jo kunne bruke det til noe her i Norge også?

– For Norge er noe av det viktigste ikke å sitte stille i egen tilfredshet over alt vi har oppnådd på profesjonens vegne. Hvis vi er de eneste som har det høye nivået vi har på utdanningen, blir det bare et tidsspørsmål før vi blir tatt ned, sier han.

### **NEI TIL «NEI, NEI, NEI»**

– Profesjoner som er for proteksjonistiske, risikerer å miste sin standing, sier han.

Han mener det er en selvsagt oppgave for Psykologforeningen å hegne om de strenge kravene til autorisasjon, og at Psykologforeningen skal være en forening utelukkende for autoriserte psykologer.

– Men hvis vi tror at et profesjonsstudium, som er et unntak fra Bologna-modellen sammen med bare to andre profesjonsstudier (leger og veterinærer), kommer til å vare evig, er vi naive. Vi kan ikke bare sitte her og si «nei, nei, nei», sier han.

Han mener at mastere med gjennomgående psykologi i studiet og som ønsker å jobbe som helsepersonell, bør få et tilbud om tilleggsutdanning som leder fram til autorisasjon. Han oppfordrer Psykologforeningen til å gå i dialog med universitetene og myndighetene om å utarbeide tilbudet. Selv er han ikke overbevist om at de norske profesjonsstudiene alltid har den høye kvaliteten vi ønsker å tro at de har.

– Hvordan vet vi at studenter ved de norske profesjonsstudiene har den kompetanse de er ment å ha? Vi kontrollerer jo ikke universitetene opp imot den standarden de sier at de har.

– Vi må ikke tro at vi er verdens beste psykologer, sier han.

### **DET BESTE FORHANDLINGSKORTET**

Han mener faglig kvalitetsbevissthet har vært foreningens største aktivum

– Det er kvalitet vi har vunnet på når vi har kjempet for utdanningen og påtatt oss ansvar og nye oppgaver. Derfor må vi ikke gjøre det for lett for oss selv. Ikke for enkelt å bli spesialist, for eksempel. Derfor innførte vi regelen om at det også må leveres et skriftlig arbeid som en del av spesialistutdanningen. Ikke alle var enige i det, de mente det ville gjøre det for vanskelig å bli spesialist.

Om forholdet mellom forhandlinger og fag sier han:

– Vi kan slå oss på brystet og skryte på oss at vi har vært så flinke til å forhandle siden lønnsnivået er så høyt. Og det har vi. Men det er jo kompetanse og kvalitet som er vårt beste forhandlingskort.

– Hvorfor gir du deg nå?

– En bør jo gi seg før folk begynner å hinte, sier han.

Men helt slutt er det ikke. Før han leverer inn nøkkelen, skal han på oppdrag for Psykologforeningen oppsummere foreningens historie i korte punkter. Faktiske forhold som det er verdt å ta med seg for etterslekten av psykologer.

Derfor gir han seg bare nesten.

– Vi bør ikke glemme hvilken arv vi forvalter som profesjon. Historien er grunnen vi har under føttene når vi skal bevege oss inn i fremtiden, sier han. ✘

– Det er kompetanse og kvalitet som er vårt beste forhandlingskort

*Sverre Nielsen*



**PÅ SKOLEN** Systematiske tiltak mot seksuelle overgrep bør innføres i alle barnehager, skoler, og i helsevesenet. Det mener forsker Iris Steine ved Universitetet i Oslo. Foto: Nora Skjerdingsstad

# Vil ha omfattende tiltak mot overgrep

Seksuelle overgrep i barndommen øker sannsynligheten for arbeidsuførhet i voksen alder, ifølge ny forskning. Men hvor mye vet man om sammenhengen?

## TEKST

Øystein Helmikstøl

**SEKSUELLE OVERGREP**<sup>1</sup> øker sannsynligheten for arbeidsuførhet i voksen alder. Forskningsfunnet har viktige kliniske og samfunnsmessige implikasjoner.

.....

1 Definert som hva straffeloven fastsetter er seksuelt krenkende handlinger og seksuell omgang i barndommen.

Dette er kjernen i den vitenskapelige artikkelen som Iris Steine og kolleger publiserer på side 260 i denne utgaven. Steine er postdoktor ved Det psykologiske fakultet på Universitetet i Bergen. For tiden er hun gjesteforsker ved University of California i Berkeley. Intervjuet gjennomføres på e-post.

Hun mener artikkelen bør være en påminner for psykologer, leger og annet helsepersonell om å rutinemessig kartlegge utsatthet for seksuelle overgrep – i tillegg til andre former for vold, overgrep og omsorgssvikt – blant pasienter.

#### VIL HA TILTAK

Psykologtidsskriftet har spurt Steine om hva hun mener er samfunnsmessige implikasjoner av artikkelen.

– Jeg mener at systematiske tiltak rettet mot å forebygge og avdekke seksuelle overgrep (i tillegg til andre former for overgrep og omsorgssvikt) bør innføres i alle barnehager, skoler, og i helsevesenet.

Som eksempler på tiltak nevner Steine informasjonsprogrammer i barnehager/skoler, og hun trekker fram Nurse-Family Partnership og Sortland kommunes forebyggingsmodell [aemae.no](http://aemae.no). Den inkluderer tiltak rettet mot potensielle ofre, potensielle overgripere, ansatte som jobber med barn, foreldre og befolkningen ellers. Opplæring om disse temaene bør også være en sentral del av grunnutdanningene i helse- og sosialfagene, mener Steine.

– *Men kommer det tydelig nok fram i artikkelen deres at det går bra med de fleste som har opplevd overgrep?*

– Vi har poengtert i tekst og illustrert gjennom en figur at flertallet av de overgrepsutsatte *ikke* var arbeidsuføre. Når det er sagt, så er dette en forskningsrapport som ser på sammenhengen mellom seksuelle overgrep i barndommen og *negative* utfall, her i form av arbeidsuførhet i voksen alder, svarer Steine.

Det at mange utsatte ikke viser alvorlige symptomer, understreker Steine, betyr ikke at forskere, media eller samfunnet skal la være å fremheve de alvorlige senskadene som en stor andel av overgrepsutsatte har.

– Tvert imot er det viktig å synliggjøre hvor mange det *ikke* går så bra med, fordi dette tydeliggjør behovet for forebyggende tiltak. Vi som samfunn har fortsatt en lang vei å gå når det gjelder å implementere systematiske tiltak for å forebygge og avdekke seksuelle overgrep mot barn.

Forskeren understreker at i psykoedukasjon og terapi med overgrepsutsatte er det viktig å fremheve at man ikke er «dømt» til livslange alvorlige lidelser, og at man vil kunne oppleve betydelig forbedring i både symptomer og fungering med riktige intervensjoner.

#### ANTALL OVERGREPSOFRE

Psykologtidsskriftet har spurt flere instanser og aktører om hvor mange personer i Norge som er blitt utsatt for seksuelle overgrep. Helsedirektoratet opplyser at de ikke kan svare på det. Folkehelseinstituttet skriver på [fhi.no](http://fhi.no) at 1 av 5 jenter og 1 av 14 gutter oppgir at de har opplevd seksuelle overgrep i barne- og ungdomsårene. 9 prosent av alle kvinner har vært utsatt for voldtekt minst én gang i livet. FHI henviser til NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress), der de i høst starter opp en omfangsundersøkelse. Målet er å skaffe oppdaterte tall på ulike former for vold og overgrep i et representativt utvalg av den norske befolkningen. Fag- og tiltaksutvikling John Are Bjerger Jonassen i Stine Sofies Stiftelse viser til Ungdomsundersøkelsen om erfaringer med vold og overgrep (Uevo-studien), som han mener har de beste tallene om barn i dag. Også denne studien er ved NKVTS.

## Overgrep og uførhet

- En betydelig andel av befolkningen har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barne- og ungdomsårene, ifølge norske forekomststudier.
- Ca. 340 000 personer mottok uføretrygd ved utgangen av 2018, ifølge Nav.
- Per desember 2015 hadde totalt 1610 mottakere av uføretrygd «mishandlingsyndromer» registrert som hoveddiagnose eller bidiagnose for uføretrygden.
- Ny forskning på sammenheng mellom seksuelle overgrep i barndommen og arbeidsuførhet i voksen alder: Se side 260.

- Den samme spesifikke overgrepshandlingen kan ha svært forskjellig betydning og konsekvenser

*Iris Steine*

- Den viser at seks prosent av barn har vært utsatt for seksuelle overgrep av en voksen, fire prosent har vært utsatt for dette gjentatte ganger. Det som også er interessant, er at hele 22 prosent har opplevd seksuelle krenkelser fra jevnaldrende, sier Jonassen.

#### - HUNDRETUSENER

«Norske forekomststudier viser at en betydelig andel av befolkningen har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barne- og ungdomsårene», skriver Iris Steine og kollegene i den vitenskapelige artikkelen på side 260.

- I denne studien brukte vi straffelovens tredelte kategorisering og eksempler på seksuelt krenkende 1) *atferd*, 2) *handlinger* og 3) *omgang*, der kun personer som hadde blitt utsatt for *handlinger* og *omgang*, ble klassifisert som overgrepsutsatte. Dette regnes som en streng definisjon, og de konkrete spørsmålene som ble brukt for å kartlegge de tre krenkelseskategoriene, reduserer sannsynligvis også en del av det subjektive aspektet.

- *Dere legger til grunn at en stor andel av befolkningen har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barne- og ungdomsårene.*

- Å si at vi *legger til grunn* at en stor andel av befolkningen har blitt utsatt for seksuelle overgrep, er misvisende. At en betydelig andel av befolkningen *har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen*, er godt dokumentert i et stort antall forekomststudier over tid, både nasjonalt og internasjonalt, og er fyldig referert i vår artikkel.

Selv dersom man legger de laveste forekomsttallene til grunn, så snakker vi om hundretusener (barn, og voksne som ble utsatt som barn) i Norge alene, og mange hundre millioner på verdensbasis, svarer Steine.

- *Hvor mange hundretusener i Norge?*

- Nøyaktig hvor mange i Norge som har vært utsatt for seksuelle overgrep, er det ingen som vet, så det kan jeg ikke oppgi spesifikke tall på.

#### ÅRSAKSFORHOLD

Studien til Steine og kolleger viser at det er en statistisk sammenheng mellom seksuelle overgrep i barndommen og arbeidsuførhet i voksen alder. Men den sier ikke noe om årsaksforhold.

- *Er det ikke da feil av fagfeltet å si at å forebygge seksuelle overgrep av barn vil forebygge arbeidsuførhet?*

- Den eneste måten å påvise årsaksforhold på er gjennom eksperimentelle design, der man randomiserer personer til eksponering versus ikke-eksponering for en betingelse, for deretter å måle effekten av denne betingelsen.

Men eksperimentelle design er uaktuelt innenfor svært mange forskningsfelt, inkludert forskning på senskader av vold/overgrep mot barn.

- Heldigvis kan man også få et godt kunnskapsgrunnlag basert på for eksempel longitudinelle kohortstudier og befolkningsstudier, og det totale bildet som tegner seg over tid, svarer Steine.

Hun understreker at selv om man ikke kjenner de nøyaktige mekanismene, altså *hvordan* seksuelle overgrep fører til arbeidsuførhet, så viser disse studiene at det å *ikke* bli utsatt for denne risikofaktoren er knyttet til en *reduert* risiko for arbeidsuførhet. På samme måte som at man kan si at å *ikke røyke* reduserer risikoen for lungekreft.

#### ANDRE ÅRSAKER

Det kan altså tenkes at det er andre grunner enn overgrepet alene som fører til at en mindre gruppe av de som rapporterer å ha slike barndoms-



opplevelser, blir uføretrygdet som voksne. Psykologtidsskriftet har utfordret Steine til å svare på hva slags grunner det i så fall kan være. Men en diskusjon rundt «andre grunner» vil være spekulasjoner, mener hun, og påpeker at få studier har undersøkt spesifikke prediktorer for arbeidsuførhet blant overgrepsutsatte.

– Det er også et spørsmål som ikke gir mening i lys av hvor komplekst seksuelle overgrep i barndommen er. Den samme spesifikke overgrepshandlingen kan ha svært forskjellig betydning og konsekvenser basert på hvem overgriperen var, hvor gammel man var da overgrepene startet, om overgrep hendte én gang versus hundrevis av ganger over mange år, om man hadde gode, støttende relasjoner i livet, i hvilken grad man ble utsatt for andre former for vold/overgrep i tillegg til de seksuelle overgrepene, for å nevne noen.

Steine påpeker at seksuelle overgrep i barndommen også er en kjent risikofaktor for å droppe ut av skolen, og for psykiske og somatiske hel-seproblemer, som kan øke sannsynlighet for å bli arbeidsufør.

– Seksuelle overgrep i barndommen forblir uansett den utløsende risikofaktoren, på samme måten som at røyking er en utløsende risikofaktor i sammenhengen mellom røyking og kreft, selv om det kan være mange både direkte og indirekte mekanismer underliggende denne sammenhengen.

## LIDELSER

Å bli utsatt for seksuelle overgrep i barndommen øker risikoen for et svært bredt spekter av psykiske og somatiske lidelser og senskader gjennom hele livet, ifølge Steine. For en stor andel tar dette form av alvorlige og livshemmende lidelser som for eksempel PTSD, alvorlig depresjon, personlighetsforstyrrelser, i tillegg til selvmordsforsøk og selvmord.

– På kryss av studier ser man også at en stor andel tilsynelatende har få symptomer. Det er imidlertid vanskelig å gi gode estimater på dette. Mange studier har fokusert på én lidelse/symptomgruppe, så dersom en studie for eksempel har fokusert på PTSD og finner at 70 prosent av overgrepsutsatte *ikke* har PTSD, så vet man ofte ingenting om hvilke eventuelle andre vansker disse 70 prosentene måtte ha. Og man kan *ikke* uten videre konkludere med at de er symptomfrie *generelt*, eller at de *ikke* har andre lidelser eller vansker som følge av de seksuelle overgrepene, påpeker Steine.

## VOKSNE UFØRE

Steine forteller at forskerne bak studien mangler et godt grunnlag for å gi et godt svar på hvilke implikasjoner funnene deres har for overgrepsutsatte voksne som er uføretrygdet i dag.

– Vi tror likevel at funnene kan være nyttige i psykoedukasjon av overgrepsutsatte som allerede er uføretrygdet, fordi økt kunnskap kanskje kan føre til økt egenforståelse. Å få validert at seksuelle overgrep i barndom/ ungdomstid kan ha bidratt til arbeidsuførhet, kan kanskje oppleves som nyttig. Kanskje det også kan bidra til at personer som ennå ikke har fortalt noen om overgrepene, forteller om overgrepene til sin behandler, og dermed kan jobbe mer traumefokusert i behandlingen? spør Iris Steine. ✕



**Æ E MÆ** Seksuelle overgrep i barndommen øker sannsynligheten for arbeidsuførhet i voksen alder, ifølge ny forskning fra Iris Steine og kolleger. Steine etterlyser tiltak som [aemae.no](http://aemae.no) i Sortland kommune. Foto: Paul S. Amundsen.

---

## PSYKOLOGTIDSSKRIFTET PRESISERER

I Psykologtidsskriftets marsutgave hadde avsnittene der vi siterte Arne Repål i reportasjen «Mestring for alle penga» falt ut. Vi beklager. Hele historien finnes på [psykologtidsskriftet.no](http://psykologtidsskriftet.no)

---

Les den vitenskapelige artikkelen på de neste sidene.



## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2020 S. 260–271 FAGFELLEVDERT

IRIS M. STEINE<sup>1,2</sup>, BJØRN BJORVATN<sup>3,4</sup>, DAGFINN WINJE<sup>5</sup>, JANNE GRØNLI<sup>6</sup>,  
INGER HILDE NORDHUS<sup>5,7</sup>, ANNE MARITA MILDE<sup>6,8</sup> & STÅLE PALLESEN<sup>2,4</sup><sup>1</sup>Gjesteforsker, UC Berkeley, California, USA, <sup>2</sup>Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen,<sup>3</sup>Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, <sup>4</sup>Nasjonal kompetansetjeneste forsøvnsykdommer, Haukeland universitetssjuehus, Bergen, <sup>5</sup>Institutt for klinisk psykologi, Universitetet iBergen, <sup>6</sup>Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Universitetet i Bergen, <sup>7</sup>Institutt for medisinske basalfag,Universitetet i Oslo, <sup>8</sup>Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, RKBU Vest, NORCE Health

KONTAKT Iris M. Steine iris.steine@uib.no

# SEKSUELLE OVERGREP I BARNDOMMEN OG ARBEIDS- UFØRHET I VOKSEN ALDER

– Funnt fra et norsk befolkningsutvalg

Forekomststudier viser at en betydelig andel av befolkningen rapporterer å ha opplevd seksuelle overgrep i barndommen. Denne studien viser en statistisk sammenheng mellom slike rapporterte overgrep og senere arbeidsuførhet.

Norske forekomststudier viser at en betydelig andel av befolkningen har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barne- og ungdomsårene. For eksempel viste en studie fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i et landsrepresentativt utvalg av 2437 kvinner og 2091 menn i alderen 18–75 år at 21,2 % av kvinnene og 7,8 % av mennene rapporterte å ha blitt utsatt for minst én form for seksuell krenkelse eller overgrep før fylte 18 år. Omtrent én av ti kvinner (10,2 %) og én av tretti menn (3,5 %) hadde blitt utsatt for seksu-

## ABSTRACT

### *Childhood sexual abuse and work disability in adulthood*

*– Findings from a Norwegian population study*

**Background:** Childhood sexual abuse (CSA) predicts a wide range of health problems; however, the association between CSA and work disability in adulthood is an understudied topic, particularly in Norway, where no previous study has examined the association of CSA with work disability in a sample recruited from the representative adult population. The aim of the present study was to examine associations between self-reported childhood sexual abuse and work disability in a sample of adults recruited from the Norwegian Population Registry.

**Methods:** Using a sample of 684 adult women (55 %) and men (45 %) recruited from the Norwegian Population Registry, we examined the possible association between self-reported sexual abuse occurring before versus after the age of 16 (the age of consent in Norway) and the likelihood of later work disability reported in adulthood.

**Results:** CSA that occurred before the age of 16 was associated with an increased likelihood of work disability after controlling for gender and age (OR = 2.60,  $p = .008$ ). Sexual abuse that occurred for the first time after age 16, did not statistically significantly predict work disability status (OR = 1.34,  $p = .488$ ).

**Conclusions:** Although the mechanisms underlying the association between CSA and work disability are not identified in the present study, the findings highlight the importance of political and clinical efforts that are conscious of the association between CSA and later work disability.

*Keywords: childhood sexual abuse, sexual assault, work disability, adult survivors of childhood sexual abuse*

»



Betydelig mindre forskning har blitt gjort på sammenhengen mellom seksuelle overgrep i barndommen og senere arbeidsuførhet

ell kontakt før fylte 13 år (Thoresen & Hjemdal, 2014). Tilsvarende fant en studie utført av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) i et utvalg av 4502 avgangselever i videregående skole (59 % jenter og 41 % gutter) at 29 % av jentene og 7 % av guttene hadde opplevd minst én form for seksuell krenkelse i løpet av oppveksten (Mos-sige & Stefansen, 2016). Tilsvarende høye forekomsttall har blitt funnet i andre befolkningsutvalg både nasjonalt (Steine et al., 2012) og internasjonalt (Barth, Bermetz, Heim, Trelle, & Tonia, 2013; Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011).

Omfattende empiri viser at personer som ble utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, har en livslang økt risiko for et bredt spekter av psykiske og somatiske helseproblemer. Dette inkluderer selvmord og selvmordsforsøk, posttraumatisk stress, angstlidelser, depresjon, søvnproblemer, spiseforstyrrelser, rusmisbruk, seksuelle problemer, lav selvfølelse, mellommenneskelige problemer, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Dworkin, 2018; Dworkin, Menon, Bystrynski, & Allen, 2017; Hailes, Yu, Danese, & Fazel, 2019), psykose (Varese et al., 2012), økt stress-sensitivitet (Kendler, Kuhn, & Prescott, 2004), funksjonelle mage-tarm-problemer, kroniske bekkensmerter, uspesifikke kroniske smeretilstander, psykogene ikke-epileptiske anfall, fedme og generell høy komorbiditet av ulike lidelser (Gilbert et al., 2009; Irish, Kobayashi, & Delahanty, 2010; Maniglio, 2009; Paras et al., 2009). Videre viser resultater fra flere omfattende longitudinelle studier at seksuelle overgrep i barndommen forblir signifikant knyttet til helseproblemer langt inn i voksen alder. Eksempler på slike studier inkluderer en over 45 år lang studie fra en britisk fødselskohort med mer enn 18 500 personer (Clark, Caldwell, Power, & Stansfeld, 2010), en over 30 år lang studie av en fødselskohort av 1265 barn fra Christchurch, New Zealand (Fergusson, McLeod, & Horwood, 2013), en over 30 år lang studie av en fødselskohort av cirka 1000 barn fra Dunedin, New Zealand (van Roode, Dickson, Herbison, & Paul, 2009), en studie av mer enn 1400 tvillingpar i USA (Kendler et al., 2004) og en 23 år lang multi-generasjonsstudie av incestutsatte kvinner og en kontrollgruppe (Trickett, Noll, & Putnam, 2011).

Betydelig mindre forskning har blitt gjort på sammenhengen mellom seksuelle overgrep i barndommen og senere arbeidsuførhet. Statistikk fra NAV viser at det ved utgangen av 2018 var om lag 339 245 personer i Norge som mottok uføretrygd ([www.nav.no](http://www.nav.no)). Hvor mange av disse som er uføretrygdet som følge av senskader etter seksuelle overgrep i barndommen, er uvisst. Per desember 2015 hadde totalt 1610 mottakere av uføretrygd 'mishandlingssyndromer' registrert som hoveddiagnose (n = 93) eller bidiagnose (n = 1517) for uføretrygden, hvorav 941 hadde 'seksuell mishandling' spesifisert som årsaken til mishandlingssyndromet (63 som hoveddiagnose, 878 som bidiagnose; statistikk for senere år er ikke tilgjengelig på nåværende tidspunkt, ettersom disse sakene ennå ikke har blitt kodet og registrert). Selv om diagnosekodene slik NAV bruker dem, ikke gir et fullstendig bilde av i hvilken grad de benyttede diagnosene / andre lidelser har bidratt til funksjonstapet, gir tallene likevel informasjon om at helsevesenet og NAV har vurdert seksuelle overgrep som en bidragende faktor i forbindelse med uføretrygderklæringene. Tallene representerer imidlertid ikke gyldig statistikk om seksuelle overgrep som faktisk årsak til uføretrygd i lys av at seksuelle overgrep er tabubelagt og sannsynligvis underrapportert, og også fordi diagnosekoden 'seksuell mishandling' først ble tatt i bruk av NAVs statistikksek-

sjon etter 2012 (Marianne Lindbøl, Statistikkseksjonen, Kunnskapsavdelingen, Arbeids- og velferdsdirektoratet, og Gudleik H. Leir, koordinerende rådgivende overlege/avdelingsleder NAV Arbeidsrådgivning, personlig kommunikasjon). For å få forskningsbasert kunnskap om en sammenheng mellom å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep og arbeidsuførhet i Norge er det derfor behov for empiriske studier.

Kun to tidligere norske studier har undersøkt sammenhengen mellom seksuelle overgrep og deltagelse i arbeidslivet (Lassemo & Sandanger, 2017; Strøm et al., 2013). Den ene undersøkte sammenhengen mellom traumatiske hendelser og sannsynligheten for å bli uføretrygdet i et utvalg bestående av 1238 personer som var i risikogruppen for å bli uføretrygdet (Lassemo & Sandanger, 2017). Over en tiårsperiode var det en økt risiko for å bli uføretrygdet blant kvinner, men ikke menn, som hadde opplevd *forsettlig* traumatiske hendelser (som inkluderte fysisk vold/trusler, voldtekt, seksuelle overgrep i barndommen, å ha blitt kidnappet / holdt som gissel / fengslet, trusler/vold i nær relasjon), og som oppfylte diagnostiske kriterier for posttraumatisk stresslidelse. Risikoen knyttet til seksuelle overgrep i barndommen spesifikt ble ikke rapportert (Lassemo & Sandanger, 2017). Den andre studien fant ingen sammenheng mellom seksuelle overgrep og grad av deltagelse i arbeidslivet åtte år senere, i en longitudinell studie av 11 874 15-åringer (Strøm et al., 2013). Denne studien kartla imidlertid kun *insidens* av seksuelle overgrep i løpet av de siste 12 månedene (det vil si forekomsten av *nye tilfeller* av seksuelle overgrep i løpet av den definerte 12-månedersperioden) og fanget dermed ikke opp overgrep som fant sted utenfor denne tidsrammen. I tillegg ekskluderte studien uføretrygdede personer fra analysene. Følgelig påpekte forfatterne behovet for mer forskning på sammenhengen mellom seksuelle overgrep i barndommen og senere deltagelse i arbeidslivet (Strøm et al., 2013).

Studier i representative utvalg i USA og Irland har rapportert en sammenheng mellom seksuelle overgrep i barndommen og henholdsvis lavere deltagelse i arbeidslivet (Lee & Tolman, 2006), økt risiko for varig syke- og uføretrygd (Barrett, Kamiya, & Sullivan, 2014) og sannsynligheten for å være mottakere av trygdeytelser som voksen (Fergusson et al., 2013). Selv om disse studiene viser en sammenheng

mellom seksuelle overgrep i barndommen og senere redusert arbeidsfungering, kan ikke funnene uten videre generaliseres til Norge, grunnet, blant annet, forskjeller i trygdesystemer. Det er derfor behov for norske studier.

Hensikten med denne studien var å undersøke om det var en statistisk sammenheng mellom seksuelle overgrep i barndommen og arbeidsuførhet i et befolkningsutvalg av voksne personer i Norge. Seksuelle overgrep i barndommen ble definert som seksuelle overgrep som hendte før fylte 16 år (den seksuelle lavalderen i Norge). Basert på de ovennevnte studiene var hypotesen at å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep før fylte 16 år ville være assosiert med økt sannsynlighet for arbeidsuførhet.

## MATERIALE OG METODE

### Utvalg

Et tilfeldig landsrepresentativt utvalg av 1500 voksne personer (18–80 år) ble trukket fra Folkeregisteret i 2011 av EDB Business Partner. Utvalgsstørrelsen ble valgt basert på styrkeberegninger. Utvalget fikk tilsendt et informasjonskriv og et spørreskjema som kartla hvorvidt man hadde blitt utsatt for ulike typer seksuelle krenkelser og overgrep, og dersom ja, hvor gammel man var første gang man ble utsatt for krenkelsene/overgrepene. Spørsmålene var basert på straffelovens kategorisering av seksuelle overgrep, som skiller mellom seksuelt krenkende *atferd* (blotting og kikking), *handling* (beføling av bryster og kjønnsorgan) og *omgang* (inntrenging med penis/gjenstand i vagina/anus/munn) (straffeloven, 2005). I tillegg ble yrkesstatus kartlagt. Totalt 50 spørreskjemaer kom i retur grunnet feil adresse; det reelle antallet personer som mottok skjemaet, var derfor 1450.

### Etikk

Studien ble godkjent av Skattedirektoratet, Personvernombudet for forskning, Helsedirektoratet og Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (prosjektnummer 2010–1484).

### Variabler

**Seksuelle overgrep i barndommen.** Respondentene ble klassifisert basert på om de hadde opplevd seksuelt krenkende *handling* eller *omgang* før fylte 16 år, versus ikke, i tråd med definisjoner av seksuelle overgrep i tidligere

»

TABELL 1 Alder, yrkesstatus og utdanning i utvalget.

		M	SD	Spennvidde
<b>Alder</b>	Alder, kvinner (år)	44,6	17,3	18–88
	Alder, menn (år)	47,5	17,3	18–90
<b>Yrkesstatus</b>	Uføretrygdet/under attføring	9,5 %		
	Heltidsansatt	49,9 %		
	Deltidsansatt	13,7 %		
	Student	9,6 %		
	Arbeidsledig	1,8 %		
	Hjemmeværende	0,9 %		
	Pensjonist	14,6 %		
<b>Høyeste fullførte utdanning</b>	Universitet/høyskole, høyere grad	18,0 %		
	Universitet/høyskole, lavere grad	28,4 %		
	Videregående skole	23,0 %		
	Faglig yrkesutdanning	20,5 %		
	Grunnskole	9,7 %		
	Ikke avsluttet grunnskole	0,3 %		

Notat: M = Gjennomsnitt. SD = Standardavvik

studier som har undersøkt sammenhengen mellom seksuelle overgrep og arbeidsuførhet (Barrett et al., 2014; Fergusson et al., 2013; Lee & Tolman, 2006).

**Arbeidsuførhet.** Respondentene oppga sin yrkesstatus med svaralternativene: fulltidsansatt, deltidsansatt, arbeidsledig, student, hjemmenværende, pensjonist og uføretrygdet/under attføring (attføring tilsvarende dagens arbeidsavklaringspenger). I analyser gjorde vi denne variabelen dikotom, ved å klassifisere respondentene som enten *uføretrygdet/under attføring* (kodet som «1») versus ikke (alle andre, kodet som «0»).

#### Statistiske analyser

Sammenhengen mellom variablene *seksuelle overgrep før fylte 16 år* og *uføretrygdet/under attføring* ble undersøkt med kjikvadrattester

TABELL 2 Utsatthet for seksuelle krenkelses/overgrep før fylte 16 år.

<b>Seksuelt krenkende atferd</b>	18,7 %
<b>Seksuelt krenkende handlinger</b>	11,4 %
<b>Seksuelt krenkende omgang</b>	9,9 %
<b>Kombinert, handlinger eller omgang</b>	13,6 %

og Yates kontinuitetskorreksjon for 2 x 2 kryss-tabeller. Analysene ble gjort samlet for begge kjønn, da oppdeling basert på kjønn medførte brudd på forutsetninger for kjikvadrattester (spesifikt for få personer i enkeltceller blant mennene som følge av den relativt lavere andelen av menn som rapporterte å ha vært utsatt for overgrep, sammenlignet med kvinner).

For å undersøke om seksuelle overgrep i barndommen predikerte arbeidsuførhet etter å ha kontrollert for kjønn og alder, gjorde vi binær logistisk regresjon.

#### RESULTATER

##### Respondenter

Totalt 706 personer (svarprosent: 49 %) deltok i undersøkelsen, hvorav 684 (55 % kvinner, 45 % menn) som oppga å være 18 år eller eldre ble inkludert i studien. Totalt oppgav 11,4 % at de hadde blitt utsatt for seksuelt krenkende *handlinger*, og 9,9 % at de hadde blitt utsatt for seksuelt krenkende *omgang*. Totalt 13,6 % hadde blitt utsatt for minst én av disse to kategoriene (seksuelt krenkende handlinger og/eller seksuelt krenkende omgang).

##### Seksuelle overgrep og uføretrygd

Det var en statistisk signifikant sammenheng mellom å ha opplevd seksuelle overgrep før fylte 16 år og *uføretrygd/under attføring* ( $\chi(1) = 5,37$ ,  $n = 620$ ,  $p = .021$ ). Spesifikt viste kji-

kvadrattesten at en høyere andel av dem som hadde opplevd seksuelle overgrep før fylte 16 år, var uføretrygdet/under attføring sammenlignet med dem som ikke hadde opplevd overgrep (se figur 1). Å ha opplevd seksuelle overgrep før fylte 16 år forble signifikant positivt assosiert med *uføretrygd/under attføring* (OR = 2,60,  $p = .008$ ) etter å ha kontrollert for kjønn og alder i den logistiske regresjonsanalysen.

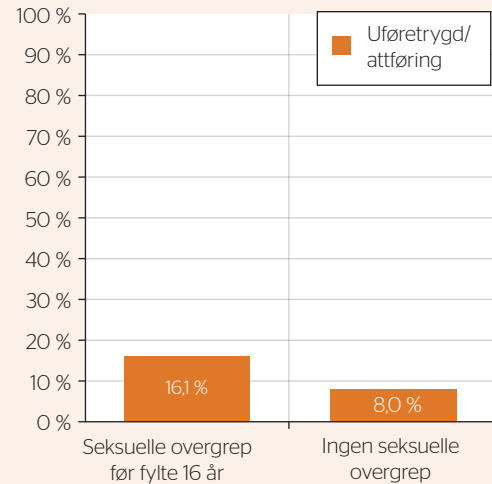
Posthoc analyser. For å undersøke om sammenhengen mellom seksuelle overgrep og arbeidsuførhet var spesifikk for seksuelle overgrep som skjedde første gang *før* fylte 16 år, gjorde vi de samme statistiske analysene blant respondenter som oppgav å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep som skjedde første gang *etter* fylte 16 år. Vi fant ingen statistisk signifikant sammenheng mellom seksuelle overgrep som skjedde første gang *etter* fylte 16 år, og *uføretrygd/under attføring*, verken i kji-kvadrat-testen ( $\chi^2(1) = 0,40$ ,  $n = 684$ ,  $p = .525$ ) eller i den logistiske regresjonsanalysen (OR = 1,34,  $p = .488$ ).

### Diskusjon

I et utvalg rekruttert fra den representative voksne befolkningen i Norge, var det en økt sannsynlighet for arbeidsuførhet blant personer som hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep før fylte 16 år. Denne sammenhengen kan sannsynligvis delvis forklares av økte mentale og somatiske helseproblemer blant overgrepsutsatte, i tråd med hva som har blitt funnet i tidligere studier (Lee & Tolman, 2006). En tilsvarende sammenheng ble imidlertid ikke funnet for dem som var 16 år eller eldre første gang de ble utsatt, noe som indikerer mer alvorlige senskader og funksjonstap jo tidligere i livet seksuelle overgrep skjer.

En mulig tolkning av dette funnet er at barn og unge har dårligere forutsetninger for å forstå og håndtere overgrepene sammenlignet med eldre ungdom/voksne. For eksempel kan forvirring og usikkerhet knyttet til å bli utsatt for overgrep være større for barn/tidlig ungdom på grunn av deres mer begrensede kunnskapsnivå og kognitive kapasitet sammenlignet med eldre ungdom og voksne, noe som kanskje kan føre til at overgrepene pågår over lengre tid sammenlignet med når overgrepene startet på et utviklingsmessig senere stadium. I tråd med dette fant en tidligere studie at overgrep varte over flere år jo yngre en var da overgrepene startet (Steine et al., 2016).

Følgelig kan det tenkes at den utviklingspsykologiske og nevrobiologiske innvirkningen av overgrepene var mer omfattende for dem som var barn/tidlig ungdom da overgrepene startet, sammenlignet med dem som var eldre ungdom/voksne. En slik tolkning støttes av eksisterende kunnskap om at barn og unge er mer sensitive for miljømessig påvirkning sammenlignet med voksne. Barne- og ungdomsårene er utviklingsmessig sårbare perioder på grunn av økt plastisitet i stress-responsive nevrobiologiske systemer under utvikling i disse periodene. Dette gjør at senskader etter sterke stressorer som vold, overgrep og omsorgssvikt blir mer omfattende sammenlignet med sterke stressorer som inntreffer i voksen alder (Eiland & Romeo, 2013; Lupien, McEwen, Gunnar, & Heim, 2009; Pechtel & Pizzagalli, 2011). For eksempel viser forskningslitteraturen at vold, overgrep og omsorgssvikt som skjer i barndommen, er knyttet til strukturelle og funksjonelle endringer i hjerneområder og nevroendokrine systemer som spiller en nøkkelrolle i reguleringen av stressresponser og emosjonell reaktivitet, i tillegg til endringer i immunsystemet, døgnrytmer, og i epigenetisk regulering av gener som kontrollerer disse



FIGUR 1 Andelen personer med uføretrygd/attføringspensjon, fordelt på overgrepshistorikk

»



Barne- og ungdomsårene er utviklingsmessig sårbare perioder på grunn av økt plastisitet i stress-responsive nevrobiologiske systemer under utvikling i disse periodene

systemene. Slike endringer anses av forskningsfeltet å utgjøre underliggende mekanismer i sammenhengen mellom alvorlig stress tidlig i livet og helseproblemer i voksen alder (se for eksempel Agorastos, Pervanidou, Chrousos, & Baker, 2019; Berens, Jensen, & Nelson, 2017; Danese & S, 2017; Heim, Entringer, & Buss, 2019; Heim & Nemeroff, 2001; McCrory, De Brito, & Viding, 2012; McEwen, 2003). Det kan dermed tenkes at den økte risikoen for arbeidsuførhet blant dem som var under, men ikke for dem som var over 16 år da overgrepene skjedde, reflekterer de relativt mer omfattende senskadene assosiert med å bli utsatt for denne typen alvorlig stress tidlig versus senere i livet.

Overgrep som starter i barndom/tidlig ungdom, er også funnet å negativt påvirke utdanningsforløpet til den utsatte, noe som igjen er knyttet til svekket arbeidsfungering. Spesifikt har tidligere studier funnet en sammenheng mellom seksuelle overgrep tidlig i barndommen og både senere arbeidsfungering og utdanningsnivå. For eksempel viste en longitudinell, prospektiv studie fra USA at voksne kvinner og menn som hadde vært utsatt for seksuelle eller fysiske overgrep i barndommen (før fylte 11 år), hadde både lavere utdanningsnivå og lavere sannsynlighet for å være yrkesaktive sammenlignet med en matchet kontrollgruppe uten overgrepshistorikk (Currie & Widom, 2010). Videre har longitudinelle prospektive studier vist at seksuelle overgrep i barndommen øker risikoen for å droppe ut av videregående skole (Trickett et al., 2011), noe som i seg selv har vist seg å øke risikoen for senere arbeidsuførhet (De Ridder et al., 2013).

#### *Begrensninger og styrker*

Begrensninger i studien inkluderer svarprosenten på 49 %, som gjør det usikkert om utvalget er representativt, og om funnene er generaliserbare til den generelle befolkningen. Imidlertid er dette problemet mindre presserende siden studien undersøkte assosiasjoner mellom variabler, og ikke absolutte forekomsttall.

En annen begrensning ved studien er at den er tversnittdesignet. Det innebærer at spørreundersøkelsen ble gjort på kun ett tidspunkt, der respondentene rapporterte overgrepshistorikk retrospektivt, i tillegg til sin arbeidsstatus. Ideelt sett skulle sammenhengen mellom seksuelle overgrep i barndommen og senere arbeidsuførhet ha blitt undersøkt i et longitudinelt design, der utsatthet for seksuelle overgrep ble kartlagt i barne- og ungdomsårene heller enn retrospektivt i voksen alder, og arbeidsuførhet i voksen alder.

Videre har flere studier vist at retrospektiv kartlegging av seksuelle overgrep i barndommen er knyttet til en underrapportering av overgrep. For eksempel har studier vist at en stor andel av voksne kvinner og menn med dokumenterte overgrepssaker i barndommen ikke rapporterer overgrepene når seksuelle overgrep i barndommen kartlegges i voksen alder (Hardt & Rutter, 2004; Williams, 1994). Personer som skulle ha blitt klassifisert som 'overgrepsutsatte' i vår studie kan derfor tenkes å ha klassifisert seg selv som 'ikke-overgrepsutsatte'. Dette kan i så fall ha svekket styrken på sammenhengen mellom seksuelle overgrep og arbeidsuførhet i våre analyser.

Det er også mulig at sammenhengen mellom overgrep og uføretrygd ville sett annerledes ut dersom vi kontrollerte for flere former for barnemishandling, for eksempel fysisk og psykisk vold og omsorgssvikt. Årsaken til at dette ikke ble gjort, er at kun seksuelle overgrep, og ikke



andre typer mishandling, ble kartlagt i denne studien. I lys av den høye overlappen mellom ulike typer mishandling og de kumulative negative effektene av å bli utsatt for et økende antall typer mishandling, bør fremtidige studier kartlegge et bredt spekter av mishandling, i tråd med anbefalinger fra ledende eksperter i feltet (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007).

Tilsvarende er det en begrensning at studien ikke kartla andre aspekter ved overgrepene, som for eksempel hvem overgriperen var, om overgrepene involverte vold eller trusler, og andre faktorer som kan ha betydning for alvorlighetsgraden av senskader, og trolig dermed også sannsynligheten for arbeidsuførhet. De store individuelle forskjellene i arbeidsfungering blant overgrepsutsatte illustreres blant annet av den høye andelen av overgrepsutsatte i denne studien som *ikke* var uføretrygdet (84 %), og understreker behovet for studier som kan øke forståelsen for disse individuelle forskjellene gjennom å identifisere faktorer som henger sammen med økt sårbarhet for arbeidsuførhet blant overgrepsutsatte.

Styrker ved studien inkluderer den omfattende kartleggingen av seksuelle overgrep basert på objektive beskrivelser av et bredt spekter av seksuelle krenkelser og overgrep, og at utvalget ble rekruttert fra den representative voksne befolkningen i Norge. Styrkene ved studien bidrar til økt, og mer troverdig, forskningsbasert kunnskap om et tidligere lite studert, men høyst samfunnsrelevant tema.

### Implikasjoner

Selv om vi ikke kan fastslå hvilke mekanismer som ligger bak funnene i denne studien, har sammenhengen mellom seksuelle overgrep i barndommen og arbeidsuførhet som har fremkommet i både denne og tidligere studier, viktige implikasjoner både på samfunnsnivå og for klinisk praksis.

**Implikasjoner på samfunnsnivå.** Seksuelle overgrep mot barn er utbredt og utgjør en sterk, generell risikofaktor for livslange helseproblemer, noe som gjør det til et samfunns- og folkehelseproblem. Denne studien indikerer i tillegg, i likhet med internasjonale studier, at seksuelle overgrep i barndommen er en risikofaktor for arbeidsuførhet som voksen, og at risikoen er større når overgrepene skjer tidlig i livet. Samlet understreker denne forskningslitteraturen at forebygging av seksuelle

overgrep mot barn trolig vil bidra til å redusere både arbeidsuførhet og et bredt spekter av helseproblemer i befolkningen, og at tidlig forebyggende innsats vil gi stor gevinst. Forebyggings tiltak mot seksuelle overgrep mot barn som har vist lovende effekter, omfatter informasjonsprogrammer rettet mot barne-skoleelever i forebygging av seksuelle overgrep spesifikt (Collin-Vézina, Daigneault, & Hébert, 2013; Davis & Gidycz, 2010; Gibson & Leitenberg, 2000), og intervensjoner rettet mot foreldre i forebygging av et bredere spekter av overgrep og omsorgssvikt (Chen & Chan, 2015; Olds et al., 1997).

Ettersom seksuelle overgrep i barndommen også er knyttet til omfattende kostnader for samfunnet, er forebyggings tiltak også viktig i et samfunnsøkonomisk perspektiv: Estimerer på hva seksuelle overgrep mot barn koster samfunnet (inkludert kostnader til helsetjenester, sosiale tjenester, rettsvesenet, og tapt arbeidsproduktivitet), har i Storbritannia alene blitt konservativt estimert til 3,2 milliarder pund per år (Saied-Tessier, 2014). Estimerer som tar et bredere spektrum av barnemishandling i betraktning, er mange ganger høyere (Habetha, Bleich, Weidenhammer, & Fegert, 2012; Wang & Holton, 2007).

**Kliniske implikasjoner.** At seksuelle overgrep i barndommen øker sannsynligheten for både arbeidsuførhet og et bredt spekter av psykiske og somatiske lidelser, har også viktige kliniske implikasjoner. Spesifikt fremhever den samlede forskningslitteraturen at seksuelle overgrep rutinemessig bør kartlegges av psykologer og annet helsepersonell, både i avdekkingsøyemed og med tanke på å sikre traumefokuserte behandlinger av senskader i tråd med evidensbaserte retningslinjer (National Institute for Health and Care Excellence, desember 2018). Systematiske tilnærminger er viktig fordi helsepersonell sjelden kartlegger pasienters overgrepshistorikk (Wijma et al., 2003), og fordi kun en liten andel pasienter forteller om seksuelle overgrep på eget initiativ (Agar, Read, & Bush, 2002). Dersom tid er en faktor som forhindrer kartlegging av overgrepshistorikk blant voksne (noe som f.eks. kan gjelde fastleger), kan en systematisk elektronisk screening av overgrep/vold og andre sosiale helsedeterminanter eventuelt vurderes for å fange opp overgrepshistorikk. Dette kan også lette rapportering av sensitiv informasjon for pasienter sammenlig-

»



Styrkene ved studien bidrar til økt og troverdig kunnskap om et tidligere lite studert, men høyst samfunnsrelevant tema

net med ansikt-til-ansikt kartlegging (Gottlieb, Hessler, Long, Amaya, & Adler, 2014).

Yrkesgrupper som jobber med barn eller har en relasjon med de samme barna over tid, har et spesielt ansvar for å kartlegge og fange opp overgrep mot barn. Slik kartlegging må følges opp av en mulighet til å snakke nærmere om eventuelle overgrep, og henvisninger til videre hjelp for dem som trenger det.

En rekke studier har vist at vanlige årsaker til at overgrepsutsatte barn lar være å fortelle om overgrepene, er frykt for hvilke konsekvenser det vil ha å fortelle, frykt for ikke å bli trodd, skam- og skyldfølelser, trusler fra overgriper, og beskyttelse av overgriperen (McElvaney, 2015; McElvaney, Greene, & Hogan, 2013; Morrison, Bruce, & Wilson, 2018; Steine, Winje, Nordhus, et al., 2017). Videre viser en samlet forskningslitteratur viktigheten av at det skapes en anledning som gjør det mulig for dem å fortelle om overgrepene under trygge omstendigheter (McElvaney, 2015; McElvaney et al., 2013; Morrison et al., 2018). For eksempel har kvalitativ forskning vist at overgrepsutsatte barn syntes det var lettere å betro seg om seksuelle overgrep dersom en voksen person som barnet hadde tillit til, initierte en samtale om hva som plaget dem, der det var tid og mulighet for en privat samtale, og der barna følte seg lyttet til og trodd (*anledning*), dersom de opplevde at det hadde en *hensikt* å fortelle (f.eks. en forventning om at det ville være flere positive enn negative konsekvenser ved å fortelle), og når det ble skapt en *tematisk forbindelse* til tematikken (f.eks. at de så et informasjonsprogram om seksuelle overgrep på tv sammen med en voksen de stolte på) (Jensen, Gulbrandsen, Mossige, Reichelt, & Tjersland, 2005). At mange overgrepsutsatte barn ikke forteller om overgrepene med mindre de får spørsmål som gir dem en anledning til å fortelle (McElvaney, 2015), fremhever også viktigheten av at yrkesgrupper som jobber med barn, gis kompetanse i å kommunisere med barn om seksuelle overgrep.

Siden seksuelle overgrep i barndommen ofte forekommer parallelt med andre former for overgrep og omsorgssvikt (Kessler et al., 2010; Turner, Finkelhor, & Ormrod, 2010), bør kartlegging også omfatte andre former for overgrep, omsorgssvikt og potensielt traumatiserende omstendigheter i barndommen (f.eks. alvorlig psykopatologi og alkoholisme hos foreldre). Dette er spesielt viktig fordi en omfattende empirisk litteratur viser en «dose-respons»-sammenheng; det å bli utsatt for et økende antall typer barndomstraumer øker sannsynligheten for og alvorlighetsgraden av senere symptomer og funksjonstap, inkludert en rekke psykiske og somatiske lidelser og ledende dødsårsaker blant voksne (f.eks. iskemisk hjertesykdom og kreft) (Clark et al., 2010; Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2017) og redusert deltagelse i arbeidslivet (Steine, Winje, Krystal, et al., 2017; Strøm et al., 2013).

Behovet for systematisk kartlegging har spesielt implikasjoner for helsepersonell i primærhelsetjenesten, som for eksempel fastleger, da disse følger pasienter over tid, henviser til spesialisthelsetjenesten og ofte spiller en nøkkelrolle i vurderinger av uføretrygd. I tråd med dette understreker den amerikanske legeföreningens etiske retningslinjer at leger er forpliktet til å tilegne seg kunnskap og ferdigheter i kartlegging/avdekking av overgrep/vold; rutinemessig kartlegge overgrep/vold i anamneseopptak; igangsette adekvate tiltak for overgrepsutsatte pasienter; i tillegg til å kollektivt ta ansvar for å lede en bevisstgjøring om viktigheten av slik kartlegging/avdekking og å sikre grundig opplæring av egen profesjon om volds- og overgrepsrelaterte temaer (American Medical Association).

Ifølge «Ethiske prinsipper for nordiske psykologer» (Norsk psykologforening, 1998) hviler det samme ansvaret på psykologer i Norge.

### KONKLUSJON

I et utvalg rekruttert fra den representative befolkningen av voksne i Norge var det en høyere sannsynlighet for arbeidsufør-

het blant personer som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Funnene understreker viktigheten av forebyggende tiltak, og av at helsepersonell rutinemessig kartlegger seksuelle overgrep, både i avdekkingsøyemed og med tanke på å sikre evidensbaserte traumefokuserte behandlinger av senskader. ✕

### REFERANSER

- K., Read, J., & Bush, J.-M. (2002). Identification of abuse histories in a community mental health centre: The need for policies and training. *Journal of Mental Health, 11*(5), 533–543. <https://doi.org/10.1080/09638230020023886>
- Agorastos, A., Pervanidou, P., Chrousos, G.P., & Baker, D.G. (2019). Developmental Trajectories of Early Life Stress and Trauma: A Narrative Review on Neurobiological Aspects Beyond Stress System Dysregulation. *Front Psychiatry, 10*, 118. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00118>
- American Medical Association. Preventing, Identifying & Treating Violence & Abuse. AMA Principles of Medical Ethics: I, III.
- Barrett, A., Kamiya, Y., & Sullivan, V.O. (2014). Childhood sexual abuse and later-life economic consequences. *Journal of Behavioral and Experimental Economics, 53*, 10–16. <https://doi.org/10.1016/j.socec.2014.07.001>
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health, 58*(3), 469–483. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
- Berens, A.E., Jensen, S.K.G., & Nelson, C.A., 3rd. (2017). Biological embedding of childhood adversity: from physiological mechanisms to clinical implications. *BMC Medicine, 15*(1), 135–135. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0895-4>
- Chen, M., & Chan, K.L. (2015). Effects of Parenting Programs on Child Maltreatment Prevention: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 17*(1), 88–104. <https://doi.org/10.1177/1524838014566718>
- Clark, C., Caldwell, T., Power, C., & Stansfeld, S.A. (2010). Does the Influence of Childhood Adversity on Psychopathology Persist Across the Lifecourse? A 45-Year Prospective Epidemiologic Study. *Annals of Epidemiology, 20*(5), 385–394. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2010.02.008>
- Collin-Vézina, D., Daigneault, I., & Hébert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research: prevalence, outcomes and preventive strategies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 7*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-22>
- Currie, J., & Widom, C.S. (2010). Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child Maltreat, 15*(2), 111–120. <https://doi.org/10.1177/1077559509355316>
- Danese, A., & Lewis, S.J. (2017). Psychoneuroimmunology of Early-Life Stress: The Hidden Wounds of Childhood Trauma? *Neuropsychopharmacology, 42*(1), 99–114. <https://doi.org/10.1038/npp.2016.198>
- Davis, M.K., & Gidycz, C.A. (2010). Child sexual abuse prevention programs: A meta analysis. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*, 257–265. [https://doi.org/10.1207/S15374424jccp2902\\_11](https://doi.org/10.1207/S15374424jccp2902_11)
- De Ridder, K.A.A., Pape, K., Cuypers, K., Johnsen, R., Holmen, T.L., Westin, S., & Bjørngaard, J.H. (2013). High school dropout and long-term sickness and disability in young adulthood: a prospective propensity score stratified cohort study (the Young-HUNT study). *BMC Public Health, 13*(1), 941. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-941>
- Dworkin, E.R. (2018). Risk for Mental Disorders Associated With Sexual Assault: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 0*(0), 1524838018813198. <https://doi.org/10.1177/1524838018813198>

.....

Prosjektet er støttet av Rådet for psykisk helse og Stiftelsen Dam. Forfatterne ønsker å takke støttesentrene mot seksuelle overgrep i Oslo, Bergen, Sør-Trøndelag og Rogaland, og Kristine Gilje, Marianne Skår-Teigen, Tale Boland, Rune Selle, Siri Strømsøy og Ine Jensen Sætre for verdifulle bidrag i utarbeidingen av denne artikkelen.

»

- Dworkin, E.R., Menon, S.V., Bystrynski, J., & Allen, N.E. (2017). Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 56, 65–81. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.002>
- Eiland, L., & Romeo, R.D. (2013). Stress and the developing adolescent brain. *Neuroscience*, 249, 162–171. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2012.10.048>
- Etiske prinsipper for nordiske psykologer, (1998).
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., . . . Marks, J.S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The adverse childhood experiences study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Fergusson, D.M., McLeod, G.F.H., & Horwood, L.J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 664–674. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.013>
- Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H. (2007). *Poly-victimization: A neglected component in child victimization* (Vol. 31).
- Gibson, L.E., & Leitenberg, H. (2000). Child sexual abuse prevention programs: Do they decrease the occurrence of child sexual abuse? *Child Abuse & Neglect*, 24, 1115–1125. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00179-4](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00179-4)
- Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- Gottlieb, L., Hessler, D., Long, D., Amaya, A., & Adler, N. (2014). A Randomized Trial on Screening for Social Determinants of Health: the iScreen Study. *Pediatrics*, 134(6), e1611. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1439>
- Habetha, S., Bleich, S., Weidenhammer, J., & Fegert, J.M. (2012). A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of child abuse and neglect. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 35–35. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-35>
- Hailes, H.P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830–839. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 260–273. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00218-X>
- Heim, C., Entringer, S., & Buss, C. (2019). Translating basic research knowledge on the biological embedding of early-life stress into novel approaches for the developmental programming of lifelong health. *Psychoneuroendocrinology*, 105, 123–137. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.12.011>
- Heim, C., & Nemeroff, C.B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry*, 49(12), 1023–1039. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01157-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01157-X)
- Hughes, K., Bellis, M.A., Hardcastle, K.A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., . . . Dunne, M.P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Irish, L., Kobayashi, I., & Delahanty, D.L. (2010). Long-term Physical Health Consequences of Childhood Sexual Abuse: A Meta-Analytic Review. *J Pediatr Psychol*, 35(5), 450–461. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp118>
- Jensen, T.K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O.A. (2005). Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1395–1413.
- Kendler, K.S., Kuhn, J.W., & Prescott, C.A. (2004). Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. *Psychol Med*, 34(08), 1475–1482. <https://doi.org/10.1017/S003329170400265X>
- Kessler, R.C., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., . . . Williams, D.R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*, 197(5), 378–385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Lassemo, E., & Sandanger, I. (2017). Potentially traumatic events as predictors of disability pension: A 10-year follow-up study in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(3), 340–346. <https://doi.org/10.1177/1403494817722925>
- Lee, S.J., & Tolman, R.M. (2006). Childhood Sexual Abuse and Adult Work Outcomes. *Social Work Research*, 30(2), 83–92. <https://doi.org/10.1093/swr/30.2.83>
- Lupien, S.J., McEwen, B.S., Gunnar, M.R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci*, 10(6), 434–445. <https://doi.org/10.1038/nrn2639>
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647–657. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.003>
- McCrorry, E., De Brito, S.A., & Viding, E. (2012). The link between child abuse and psychopathology: A review of neurobiological and genetic research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(4), 151–156. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110222>
- McElvaney, R. (2015). Disclosure of Child Sexual Abuse: Delays, Non-disclosure and Partial Disclosure. What the Research Tells Us and Implications for Practice. *Child Abuse Review*, 24(3), 159–169. <https://doi.org/10.1002/car.2280>
- McElvaney, R., Greene, S., & Hogan, D. (2013). To Tell or Not to Tell? Factors Influencing Young People's Informal Disclosures of Child Sexual Abuse. *J Interpers Violence*, 29(5), 928–947. <https://doi.org/10.1177/0886260513506281>
- McEwen, B.S. (2003). Early life influences on life-long patterns of behavior and health. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 9(3), 149–154. <https://doi.org/10.1002/mrdd.10074>

- Morrison, S.E., Bruce, C., & Wilson, S. (2018). Children's Disclosure of Sexual Abuse: A Systematic Review of Qualitative Research Exploring Barriers and Facilitators. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(2), 176–194. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1425943>
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007–2015* (Rapport nr. 5/16). Hentet fra <http://kriminalitetsforebygging.no/wp-content/uploads/2016/07/Vold-og-overgrep-mot-barn-og-ung-NOVA-Rapport-5-16-web.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence (December 2018). Post-traumatic stress disorder. NICE guideline [NG116] Hentet fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Olds, D.L., Eckenrode, J., Henderson, C.R., Jr., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., . . . Luckey, D. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Jama*, 278(8), 637–643. <https://doi.org/10.1001/jama.1997.03550080047038>
- Paras, M.L., Murad, M.H., Chen, L.P., Goranson, E.N., Sattler, A.L., Colbenson, K.M., . . . Zirakzadeh, A. (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders. A systematic review and meta-analysis. *Jama*, 302, 550–560. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1091>
- Pechtel, P., & Pizzagalli, D.A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology (Berl)*, 214(1), 55–70. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-2009-2>
- Saied-Tessier, A. (2014). *Estimating the costs of child sexual abuse in the UK*. Hentet fra: <https://library.nspcc.org.uk/HeritageScripts/Hapi.dll/search?searchTerm0=C5160>
- Steine, I.M., Milde, A.M., Bjorvatn, B., Grønli, J., Nordhus, I.H., Mrdalj, J., & Pallesen, S. (2012). Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49, 951–957.
- Steine, I.M., Winje, D., Krystal, J.H., Bjorvatn, B., Milde, A.M., Grønli, J., . . . Pallesen, S. (2017). Cumulative childhood maltreatment and its dose-response relation with adult symptomatology: Findings in a sample of adult survivors of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 65, 99–111. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.008>
- Steine, I.M., Winje, D., Nordhus, I.H., Milde, A.M., Bjorvatn, B., Grønli, J., & Pallesen, S. (2016). Langvarig taushet om seksuelle overgrep. Prediktorer og korrelater hos voksne som opplevde seksuelle overgrep som barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53, 888–899.
- Steine, I.M., Winje, D., Nordhus, I.H., Milde, A.M., Bjorvatn, B., Grønli, J., & Pallesen, S. (2017). Hvorfor tar det så lang tid å fortelle om seksuelle overgrep? En eksplorerende studie av selvrapporterte årsaker. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 2, 204–208.
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M.H., Euser, E.M., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*, 16(2), 79–101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Lov om Straff av 20.5.2005, kapittel 26, 26 C.F.R. (2005).
- Strøm, I.F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Hjemdal, O.K., Lien, L., & Dyb, G. (2013). Exposure to life adversity in high school and later work participation: A longitudinal population-based study. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1143–1151. [doi:10.1016/j.adolescence.2013.09.003](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.09.003)
- Thoresen, S. & Hjemdal, O.K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. Hentet fra: <https://www.nkvts.no/rapport/vold-og-voldtekt-i-norge-en-nasjonal-forekomststudie-av-vold-i-et-livsløpsperspektiv/>
- Trickett, P.K., Noll, J.G., & Putnam, F.W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, 23(2), 453–476. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000174>
- Turner, H.A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). Poly-victimization in a national sample of children and youth. *Am J Prev Med*, 38(3), 323–330. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.012>
- van Roode, T., Dickson, N., Herbison, P., & Paul, C. (2009). Child sexual abuse and persistence of risky sexual behaviors and negative sexual outcomes over adulthood: findings from a birth cohort. *Child Abuse Negl*, 33(3), 161–172. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.006>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., . . . Ben-tall, R.P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull*, 38(4), 661–671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Wang, C.T., & Holton, J. (2007). *Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States. Economic impact study*. Prevent Child Abuse America, Chicago, Illinois.
- Wijma, B., Schei, B., Swahnberg, K., Hilden, M., Offerdal, K., Pikarinen, U., . . . Halmesmäki, E. (2003). Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. *The Lancet, Neurology*, 361, 2107–2113. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13719-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13719-1)
- Williams, L.M. (1994). Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *J Consult Clin Psychol*, 62(6), 1167–1176. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.6.1167>
- [www.nav.no](https://www.nav.no). Hentet fra: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforettrygd++statistikk/Tabeller/mottakere-av-uf%C3%B8retrygd-etterkj%C3%B8nn-og-alder.pr.31.12.2009-2018.antall>



# Verdens beste pappa

Det var ikke fagpersonene som hjalp den unge flyktingen med de påtrengende minnene. Det var det faren som gjorde i samarbeid med sin sønn.

**U**ngdomsskoleeleven «Amir» kom til Norge som flykting. Med seg hadde han mange vonde minner, og han slet tungt med en alvorlig traumelidelse. Men det var ikke fagpersonene som hjalp ham med de påtrengende minnene. Det var det faren «Fareed» som gjorde. Fareed utviklet på egen hånd en strategi som hjalp sønnen til å ta kontroll over minnene, en strategi inspirert av prinsippene i et forebyggende prosjekt mot traumelidelser hos nyankomne flyktinger. Strategiene Fareed utviklet sammen med sin sønn, er inspirerende i seg selv, men først og fremst er dette en fortelling om å finne nye måter å involvere foreldre i arbeidet med traumatiserte barn på.

## FOREBYGGENDE PROSJEKT

Fareed deltok i «FIG-prosjektet» (Felles introduksjonsprogram for nyankomne flyktinger i Groruddalen), der målet var å lære norsk språk og kultur samt å komme ut i jobb eller utdanning (Søyland, 2019). Mange flyktnin-

ger sliter med psykiske vansker som gjør det vanskelig for dem å delta i slike program. De kan utvikle alvorlige psykiske vansker over tid – spesielt traumelidelser relatert til deres vonde bakgrunn (Pottie et al. 2011), men få søker hjelp for psykiske vansker de første årene i sitt nye hjemland. I «FIG-prosjektet» trakk de inn en psykologspesialist for å finne fram til deltakere med risiko for å utvikle alvorlige psykiske lidelser, og utarbeide forebyggende tiltak.

Fareed takket ja til individuelle samtaler med psykologen via tolk. Han var selv preget av sin traumatiske fortid, særlig var han plaget av mareritt. Ved oppstart var også Amirs mor med i samtalen. Hun led av en alvorlig somatisk sykdom og kunne få livstruende anfall knyttet til sykdommen. Det ble brukt tid til å avklare om også en traumelidelse kunne spille en rolle i anfallene, og som del av utredningen ble det gitt omfattende psykoedukasjon i traumelidelser basert på teorien til Ehlers og Clark (2000) (se detaljer senere i artikkelen). Det ble etter

**TEKST** Helge Kristofer Smebye, psykologspesialist, Ahus, DPS Groruddalen

**KONTAKT** hksmebye@gmail.com

**ILLUSTRASJON** Viktor Sakshaug



hvert avklart at ingen av foreldrene hadde en alvorlig PTSD-lidelse. I samtalene psykologen hadde med faren, var faren mye mer bekymret for de andre medlemmene i familien, og for familiens usikre framtid. Ikke minst var han opptatt av sin eldste sønn, Amir.

#### FRA EN TRAUMATISERT FAMILIE

Fareed fortalte hvordan hans eldste sønn stadig ble forstyrret av intrusjoner – påtrengende minner etter krig og forfølgelse i hjemlandet og en farefull flukt. Intrusjonene trigget kraftige reaksjoner flere ganger daglig, han fikk sinneutbrudd og knuste ting rundt seg. Lærerne på skolen bekreftet overfor foreldrene at hvis ukjente kom uventet på Amir, kunne han få trang til å slå dem ned, men rettet oftest utbruddet mot ting og ikke personer. Foreldrene så at han fikk lite ut av undervisningen, og fikk høre fra sønnen at han ble mobbet av medelever. Hjemme kunne han skremme søsken og foreldre med sine kraftige reaksjoner. Han ødela mange ting. Foreldrene var fortvilet. De fikk ikke ordentlig kontakt med ham, og han svarte ofte ikke når han ble snakket til.

Amir hadde vært til samtale hos fagpersoner i psykisk helsevern over lengre tid. På møter med fagfolkene ble foreldrene informert om behandlingen, og om at fokus var å hjelpe gutten til å stabilisere seg når de påtrengende minnene ble for sterke. De fikk imidlertid ikke så mange konkrete tips om hva de selv kunne gjøre, annet enn å vise forståelse. De så liten endring i sønnens atferd som følge av denne behandlingen.

Familien slet også med mange andre helsetfordringer. I tillegg til morens problemer hadde også søsken somatiske symptomer som krevde kontinuerlig oppfølging. Fareed måtte stå opp flere ganger hver natt for å se til dem. Også dette skapte tydelig bekymring hos Amir.

#### SKJEMA FOR HÅNDTERING AV GRUBLING

Fareed fant etter hvert fram til en metode som ble til uvurderlig hjelp for sønnen. Den bygget på en strategi som var utviklet for å takle grubling. Det var Fareed som styrte hele gjennomføringen av dette opplegget, og psykologen fikk først vite om Fareeds egenutviklede hjelpetilak etter et møte på skolen der foreldrene fikk rapport om store positive endringer i sønnens fungering. I samtalen med psykologen fortalte Fareed hva de hadde holdt på med – og hva de



### Først og fremst er dette en fortelling om å finne nye måter å involvere foreldre i arbeidet med traumatiserte barn på

hadde oppnådd. I etterkant av dette møtet fikk han noe veiledning fra psykologen, men utover det dreide samtalene deres seg mest om hva som skjedde med Amir, og hvilke av de strategiene som faren hadde funnet fram til, som syntes å gi størst effekt. Psykologen snakket aldri direkte med Amir.

Fareed fortalte at hans metode var inspirert av psykoedukasjonen han hadde fått om mekanismene bak traumelidelser. Som del av FIG-prosjektet hadde han også lært en strategi for å mestre grubling – bekymringer som forstyrret dem i daglige aktiviteter og relasjoner. Den bestod av et «grubleskjema» hentet fra kognitiv terapi (se Berge & Repål, 2004, s. 81–84). Forskning har vist at slike strategier kan redusere grublingen (Brosschot & van der Doef, 2006). Strategien er i sin enkleste form å notere ned tankene/bekymringene straks de oppstår, og angi tidspunkt for når de kan håndteres. Utover dette gir man ikke rom til bekymringene der og da. Noen tanker kan ikke naturlig håndteres i bestemte avtaler eller aktiviteter. Man setter da av en bestemt tid, for eksempel hver kveld fra kl. 18.00 til 18.30, hvor man setter seg ned og gir tid til å gruble over disse bekymringene. Når man slik utsetter bekymringene man får i løpet av dagen, ser vi at mange rapporterer at de har færre plager og bruker mindre tid på grubling. Skjema 1 viser eksempel på grubleskjema som anvendes i FIG-prosjektet, med bekymringer knyttet til bolig, norsk eksamen, familien i hjemlandet og framtiden i Norge. De tre første bekymringene var det lett å knytte til kommende avtaler/aktiviteter. Den siste ble henvist til «grubletimen.»

#### «INTRUSJONS-LAPP»

Det var dette «gruble-skjemaet» som inspirerte Fareed til å hjelpe Amir til å få mer kontroll når han reagerte med frustrasjon/



sinne: Amir kunne skrive ned hva som trigget utbruddene, mens han var i situasjonen, for så å drøfte det med faren senere samme dag. På eget initiativ presenterte Fareed følgende strategi for sønnen: Han visste at sønnen ofte uroet seg over morens sykdom og brukte det som eksempel. Amir kunne skrive stikkordet «mamma» på en lapp, putte den i lomma, og ta den fram når han kom hjem, så kunne de snakke om det. Fareed brukte bare første linje fra punktene på grubleskjemaet, siden intrusjonene skulle drøftes med ham senere samme dag.

Amir trengte ekstra motivasjon for å komme i gang, fortalte Fareed. Første gang kom han hjem fra skolen og hadde glemte det hele. Derfor lovet han at sønnen skulle få kjøpe et etterlengtet dataspill straks han hadde brukt strategien daglig i én uke. Alle-rede neste dag kom Amir hjem med en lapp med stikkord. Han fortalte faren hvordan han hadde merket at han falt ut av undervisningen, «ble borte» en kort stund etter bare få minutter. Da han kom til seg selv igjen, hadde han skrevet ned et par setninger på lappen om hva som dukket opp i tankene. Hjemme gav han lappen til faren.

### MENING BAK INTRUSJONEN

Fareed fortalte at de påtrengende minnene som sønnen skrev ned på sin første lapp, var hentet fra en av de verste opplevelsene fra hjemlandet: Fareed og hans far hadde sittet og snakket stille, mens Amir hadde gått opp i annen etasje. Gjennom vinduet hadde Amir sett mange mennesker på gaten utenfor – inklusive en slektning – med hendene bakbundet og bind for øynene, bli banket opp av soldater. Fareed leste setningene på lappen mens sønnen var til stede. Amir var tydelig preget av minnet. Han var veldig trist.

Fareed innrømmet at hendelsen som intrusjons-lappen refererte til, var et traumatisk minne også for ham. Han ble selv nesten overveldig av følelser. Han måtte anstrenge seg for å samle seg, men greide å stabilisere seg uten å måtte forlate situasjonen. Han lot sønnen styre samtalen som fulgte.

Amir var mer opptatt av hvorfor det skjedde, enn hva som skjedde. I én time snakket han med faren om hvorfor mennesker kan bli så onde. Amir følte seg som et offer. Faren formidlet en oppfatning om at alle mennesker kan

### Skjema 1. Grubleskjema

**Bekymring A:** Finne ny bolig

- Møte NAV tirsdag kl 12

**Bekymring B:** Klare norsk eksamen

- Lese i morgen kl 16-17

**Bekymring C:** Urolig for familie i hjemland

- Ringe i morgen kl 18

**Bekymring D:** Hva skal jeg gjøre i Norge?

- «Tenke-time» kl 18-18:30
  - Jobb
  - Familie

gjøre feil. Når noen kan gjøre noe så ondt, kan det være fordi de selv har opplevd vonde ting i sin oppvekst eller blitt utnyttet av andre. Han prøvde å få sønnen til å forstå at det ikke gjelder å bære nag til mennesker som gjør slike grusomme handlinger, man bør heller synes synd på dem. Han utfordret også Amir til ikke å se på seg selv som et offer.

### «VERDENS BESTE PAPPA»

En forutsetning for en slik fortrolig samtale var at Amir hadde stor tillit til sin far. Fareed hadde i tidligere samtaler med psykologen fortalt hvor glad Amir var i sin far under oppveksten. Mens Amir var barn i hjemlandet, hadde han prøvd å hindre soldater i å kidnappe faren. Men en av soldatene stanset ham ved å slå ham så kraftig i ansiktet at nesebenet knakk. Under hele flukten fra hjemlandet tok Fareed vare på barna på en måte som gjorde Amir veldig trygg på sin far. Han omtalte ham som «verdens beste pappa». Barna hadde følt seg trygge både da båten de var i, holdt på å synke, og da de ble forfulgt under vandringen gjennom Sør-Europa. Amir sa: «Verdens beste pappa var jo der og passet på oss!» Hele familien kom seg trygt til Norge.

Fareed opplevde at han og sønnen delte viktige kulturelle og verdimesige oppfatninger. Spørsmålene sønnen tok opp, berørte temaer som er forankret i kultur og verdisyn. Han kunne også gi sønnen svar på spørsmål som knyttet seg til konkrete hendelser i deres felles familiehistorie. Det antas at dette

### GRUBLESKJEMAET

er hentet fra kognitiv terapi. I sin enkleste form går strategien ut på å notere ned tankene/bekymringene straks de oppstår, og angi tidspunkt for når de kan håndteres.



gjorde det lettere for Amir å gjøre svarene han fikk, til sine egne, enn om han skulle ha drøftet sine meninger bak intrusjonene med en fagperson med annen kulturell og språklig bakgrunn.

#### VIDERE BRUK AV INTRUSJONS-LAPPEN

Flere temaer på Amirs intrusjons-lapper viste til hendelser der Amir hadde vært livredd da det skjedde, men også var redd for at det skulle skje på nytt. Samtalene med faren hjalp ham til å bli minnet om egen styrke og at trusselen fra hjemlandet og flukt ikke lenger var til stede i dag. Fareed fortalte om en ny intrusjons-lapp som viste til en hendelse som kunne endt med katastrofe. Under flukten var familien nær ved å bli oppdaget av væpnede vakter ved en grenseovergang i Europa. Tidligere var flyktninger blitt skutt og drept av slike vakter, men de hadde klart å løpe bort uten å bli oppdaget. Amir greide å formidle til sin far hvordan intrusjonen som dukket opp på skolen, var dominert av følelser av hvor farlig situasjonen var. Etter å ha lest lappen hjemme fikk Fareed sønnen til å hente fram bildene av hvor flinke de hadde vært til å løpe unna, og at det var mye takket være deres innsats at familien ikke ble oppdaget. Fareed diktet så opp en spenningsfilm som viste hvor farlig det var, og hvor utrolig flinke barna var til å komme seg unna – basert på hva han selv hadde sett. Han minnet også Amir på liknende turer her i landet – uten at de hele tiden måtte være på vakt. Amir ble revet med av farens filmfortelling. Fra å være et minne utelukkende dominert av skremmende følelser, hjalp Fareed sønnen til å redefinere hendelsen til en dokumentasjon av egen styrke og utholdenhet. Amir ble så begeistret for filmhistorien at han fortalte den til sin bror. Broren kom få dager etter og ville ha faren til å fortelle hele filmhistorien på nytt. Et skremmende minne som barna tidligere hadde unngått å tenke på, ble til en dokumentasjon av deres mestring og samhold i en ulidelig spennende setting der alle gledet seg over utfallet.

Fareed fortalte at Amir etter hvert også brukte lappene når han var sammen med venner. Under et dataspill der han konkurrerte mot venner, dukket det plutselig opp intrusjoner av hans døde bestemor. Tidligere ville han reagere med å falle ut av spillet, bli frustrert og ødelegge for de andre. Denne gangen tok han en rask

pause fra spillet, skrev stikkordene på lappen, la lappen i lomma uten å si noe til de andre, gikk tilbake til vennene – og vant hele spillet!

Overraskelsen var stor, sa Fareed, da sønnen tok lappen i bruk for å notere ned «positive intrusjoner». Amir hadde vært på et sommerkurs for å bygge fjernstyrte biler, og i ettertid fortalte han sin far at tanker om forskjeller på bil- og fly-motorer hadde dukket opp. Det trigget barndomsminner hos ham om diskusjoner med far. Amir skrev det ned på en lapp, og ble ikke forstyrret i gjennomføringen av oppgaven. Først da han kom hjem, gikk han til faren og tok fram lappen. Sammen kunne de igjen utforske utfordringer i teknikkens verden. Samtalene med faren vekket opp igjen drømmen om å bli ingeniør – en drøm som hadde vært død siden de flyktet! Amir sa han var blitt motivert til å jobbe videre med skolefagene etter ferien.

#### ENDRINGER I LIVSUTFOLDELSE

Skolen var verken orientert om eller involvert i disse tiltakene. To måneder etter oppstart med lappene var det ansvarsgruppemøte på skolen. Etter dette møtet fortalte Fareed til psykologen at skolen hadde rapportert om overraskende endringer: Amir hadde begynt å følge med i timene, svare på spørsmål og engasjere seg i oppgavene han fikk. Uroen var kraftig redusert. Lærerne fikk langt bedre kontakt med ham enn før. Men de skjønnte ikke hvorfor. Det er vanskelig å se disse endringene på annen måte enn som resultat av bruken av «intrusjons-lappene».

Det var likevel ikke alle endringene på skolen som var positive, sa Fareed. Sønnen fortalte at han opplevde mer mobbing – trolig motivert av medelevers misunnelse over at han fikk mer oppmerksomhet fra lærerne. Et halvår etter at strategien ble tatt i bruk, hadde han færre venner i klassen enn før. Likevel: Både far og sønn var enige om at de positive endringene var langt større og viktigere.

Fareed gledet seg over at sønnen lyktes bedre på skolen. Men like viktig var opplevelsen av at de to hadde fått tilbake den gode relasjonen fra før flukten. Det betydde uendelig mye for begge parter.

#### REDEFINERING AV MENINGEN

Måten Fareed møtte sønnen på, var i tråd med prinsippene bak PTSD-fokusert kognitiv terapi,

utviklet av Ehlers og Clark (2000). Det kan forklare den store innvirkningen strategien hadde på Amirs sinneutbrudd og oppmerksomhetsvansker. Ut fra Ehlers og Clarks modell for PTSD antas kjernen i PTSD å være at personen frykter for at en katastrofe – tilsvarende deres traume – skal gjenta seg her og nå. Frykten for gjentakelse oppleves som intrusjoner, som påtrengende minner fra traumet. Behandlingen retter seg derfor mot å forstå hva som trigger intrusjonene, og hvordan de best kan takles for å unngå at faren oppleves å skulle gjentas her og nå.

Modellen vektlegger det unike hos hvert menneske. I et foredrag på Gardermoen i 2007 fortalte Clark at «Hver ny pasient er et landskap du aldri har besøkt før». Intrusjoner fra bilulykke kan hos én person signalisere at eget liv er i fare. Men hos en annen kan samme intrusjon signalisere at man selv dreper et annet menneske i den andre bilen. For å mestre en traumelidelse må man forstå og ta utgangspunkt i den enkeltes unike vurderinger («appraisals») av hva som var krenkende eller truende ved traumet. Lykkes man med å få redefinert minnene på en måte som ikke lenger gjør dem truende og krenkende i dag (finne fram til mer hjelpsomme oppfatninger/vurderinger), vil man kunne få kontroll over sin traumelidelse: Intrusjonene mister sin her og nå-karakter. Påminninger fra en vond fortid vil ikke lenger skape alvorlige begrensninger for ens livsutfoldelse.

I mitt kliniske arbeid som psykolog ved ulike DPS-poliklinikker har jeg i over 10 år møtt mange flyktninger med alvorlige trau-

melidelser. Flere ganger har vi greid å få tak i de sentrale, skremmende og krenkende oppfatningene som vekkes til live av intrusjonene. Utfordringen er da å finne en redefinerings som er gyldig for den enkelte, blant annet ved at de er forankret i deres eget verdssystem. Når vi har lyktes med slik redefinerings forankret i den enkeltes verdssystem, kan selv en mangeårig alvorlig PTSD-lidelse helt slippe tak.

Strategiene som Fareed og Amir utviklet for at Amir skulle få bedre mestring med traumesymptomene, representerer et alternativ til behandlingsstrategier som ofte benyttes overfor traumatiserte flyktninger. De første kognitive tilnærmingene til PTSD forutsetter en detaljert gjennomgang av selve traumehistorien, for så å svekke de følelsene som var knyttet til historien / detaljer ved historien ved gjentatt eksponering. Narrativ eksponeringsterapi («NET») er en slik variant. Personen blir oppfordret til å skrive ned sin historie – der også positive hendelser er med. Personen oppfordres til å merke seg hvilke sansninger og følelser som trigges ved de mest «hotte» episodene. Detaljer fra de hotte episodene hentes fram gjentatte ganger til de ikke lenger gir like sterke følelsesmessige reaksjoner. NET har vært brukt med hell i arbeid med traumatiserte flyktninger her i landet (Stenmark, Catani, Neuner, Elbert, & Holen, 2013). Fareed gikk ikke videre inn på detaljer i de traumatiske hendelsene som lå bak Amirs intrusjoner, og spurte ikke hvordan Amir reagerte i situasjonen. Fokuset var på hvilke vonde oppfatninger (appraisals) om Amir selv eller omgivelsene intrusjonene førte med seg – og hvordan de kunne tolkes/forstås på en annen måte, slik at Amir kunne føle seg mer trygg her og nå.

Når man står overfor PTSD basert på langvarige hendelser under oppveksten, har det vært vanlig å starte med en stabiliseringsfase før man begynner bearbeidingen av traumet (Lygre, 2016). Arbeidet med å stabilisere Amir hadde ikke gitt synlige resultater – verken på skolen eller hjemme – da Fareed i realiteten inviterte sin sønn til å bearbeide viktige aspekter ved sin traumehistorie. Ved å hente fram de vonde oppfatningene bak traumehistorien og utfordre dem lyktes Fareed ikke bare med å få til en refleksjon som endret Amirs definerings av intrusjonene. Drøftingene førte også til en



**Barna hadde følt seg trygge både da båten de var i, holdt på å synke, og da de ble forfulgt under vandringen gjennom Sør-Europa. Amir sa: «Verdens beste pappa var jo der og passet på oss!»**



stabilisering av Amirs fungering på alle viktige livsområder.

### UTFORDRINGER VED Å BRUKE FORELDRE

Flere spesielle forutsetninger hos denne familien gjorde det mulig for faren å lykkes bedre enn fagfolkene – forutsetninger som ikke alltid er til stede. Far og sønn kunne snakke samme språk. Av avgjørende betydning er at Amir hadde utviklet stor tillit til sin far, og at de delte et felles kulturelt og verdimesig grunnlag for drøfting av mer eksistensielle spørsmål, som for eksempel det ondes problem. Det er vel liten tvil om at denne tilliten og fellesskapet ga Fareed et langt bedre utgangspunkt enn noen fagperson for å hjelpe sønnen i arbeidet med å redefinere intrusjonene i tråd med Amirs egne verdier.

Strategien som ble brukt overfor sønnen, hjalp også faren. Etter et halvt år var Fareed mindre plaget av sine psykiske vansker (selv om samtale med psykologen også hadde en rolle her). Opplevelsen av å få være til så stor hjelp for sin egen sønn var viktig for ham. Samtalene rundt sønnens intrusjoner berørte også viktige intrusjoner i Fareeds eget liv. Skulle han kunne hjelpe sin sønn på denne måten, måtte han derfor selv være i stand til å mestre de intrusjonene som sønnens fortelling skapte hos ham. I kognitiv terapi er det kjent at det kan være til stor hjelp å få pasientene til å fokusere på andres perspektiv på samme situasjon (Taylor, 2017, s. 203). Når sønnens temaer også skapte intrusjoner hos Fareed, var det til hjelp for far å fokusere på sønnen og hans perspektiv. Slik kunne han kontrollere egne intrusjoner, og heller bli værende i samtaler med sønnen. Redefineringene som de i fellesskap kom fram til, ble også redefineringer av mange av Fareeds intrusjoner. Slik hjalp Fareed ikke bare sin sønn, men også seg selv.

Disse erfaringene er tankevekkende og gir ideer om hvordan vi bedre skal kunne hjelpe barn og unge fra andre land med annen kulturell og språklig bakgrunn med alvorlige traumesymptomer. Men tilnærmingen kan neppe brukes i møte med alle familier. Mange barn og unge kommer dessuten som enslige – uten familie med seg. Finnes det voksne i deres nåværende nettverk som kan innta den rollen som denne faren påtok seg? Det bør utforskes mer hvor grensene går for bruken av en slik tilnærming. ✕



**Fra å være et minne utelukkende dominert av skremmende følelser, hjalp Fareed sønnen til å redefinere hendelsen til en dokumentasjon av egen styrke og utholdenhet**

### REFERANSER

- Berge, T. & Repål, A. (2004). *Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis*. 2. utg. Oslo: Gyldendal.
- Brosschot, J.F. & van der Doef, M. (2006). Daily worrying and somatic health complaints: Testing the effectiveness of a simple worry reduction intervention. *Psychology & Health*, 21, 19–31, doi: 10.1080/14768320500105346.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–45.
- Lygre, R.B. (2016). En trygg relasjon og en fasetilnærming kan gi et godt rammeverk for behandling av flyktningbarn med PTSD. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53, 432–439.
- Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V., Swinkels, H., Rashid, M., . . . Tugwell, P. (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183, E824–925.; doi: 10.1503/cmaj.090313.
- Stenmark, H., Catani, C., Neuner, F., Elbert, T., & Holen, A. (2013). Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 641–647, doi: 10.1016/j.brat.2013.07.002.
- Søyland, K. (29. mai 2019). *Sluttrapport samhandlingsmidler. Prosjekt: «Psykisk helsehjelp til nyankomne flyktninger i Groruddalen – et lavterskeltilbud»*. Oslo kommune: Bydel Stovner, Avdeling arbeid, velferd og lokalsamfunn.
- Taylor, S. (2017). *Clinician's Guide to PTSD. A Cognitive-Behavioral Approach*. 2. utg. New York: Guilford.



**GOD ÅRGANG** Psykologtidsskriftets utgaver i 2019 skapte begeistring i Tidsskriftforeningen.

## – Setter standarden for norske fagtidsskrifter

Psykologtidsskriftet er kåret til Årets tidsskrift av Norsk Tidsskriftforening.

– Vi har gjennom årenes løp hatt et godt øye til Psykologtidsskriftets stigende kvalitetskurve, og i år lot vi oss begeistre. Dette var årets tidsskrift, uten tvil, sier juryleder Geir Skomsøy til Psykologisk.no.

Psykologtidsskriftet setter standarden for norske fagtidsskrifter og kjennetegnes av et redaksjonelt mot og vilje til å si noe viktig, skriver juryen i sin begrunnelse. De trekker også frem reportasjeserien om psykisk helse i kommunen: «Her blir journalistene sendt til sine hjemkommuner for å bore i et vepsebol av prioriteringer, kommunesammenslåinger og helsereformer som planlegges ovenfra.

Bente Riise, generalsekretær i Tidsskriftforeningen, sier at prisen henner høyt og at juryen har vektlagt tidsskriftets høye kvalitet og mot. – Det sier seg vel selv at dette bør hegnes om videre, uttaler hun til Psykologisk.no, mens juryen håper at «de ansvarlige merker seg hvilke kvaliteter som bringer et tidsskrift på pallen og bidrar aktivt til å styrke disse ytterligere.»

Juryen har bestått av Vidar Røeggen (Seniorrådgiver Universitets- og høgskolerådet), Geir Arne Skomsøy (Designfaglig rådgiver), Andreas Wiese (Rådgiver), Ellen Krystad (Tekstkonsulent i Gyldendal Norsk Forlag) og Cecilia Ekstrøm (Leder HumSam-biblioteket ved Universitetet i Oslo).

Deres begrunnelse lyder:

«I 2019 setter Tidsskrift for Norsk psykologforening standarden for norske fagtidsskrifter. Å være relevant utenfor egen profesjon er krevende nok, men også andre forhold imponerer juryen. Utgivelsene kjennetegnes av et redaksjonelt mot og vilje til å si noe viktig. Vi begeistres av reportasjene fra den lokale valgkampen. Her blir journalistene sendt til sine hjemkommuner for å bore i et vepsebol av prioriteringer, kommunesammenslåinger og helsereformer som planlegges ovenfra. På eksemplarisk vis går fagtidsskriftet uredt inn i den pågående politiske debatten. Dette er årets tidsskrift.»

Prisen er støttet av Norsk Tidsskriftforening, Norsk journalistlag og Norsk faglitterær forfatter- og oversetterforening.

*Psykologtidsskriftet*

## Koronapandemien legger press på privatpraktiserende

Etter at private psykologaktører ble tatt som virusgisler, stiger bekymringen både for utsatte pasientgrupper og egne ansatte.

Daglig leder for Institutt for Psykologisk Rådgivning (IPR), Anne Hilde Vassbø Hagen, sier hun er aller mest bekymret for sakkynndighetsarbeidet.

– Vi får ikke gjennomført hjemmeobservasjon. Og det sier seg selv at det ikke er mulig å bruke telefon eller video i samtale med barn. Vi må møte dem under fire øyne. Det innebærer at vi risikerer at barns belastninger vedvarer lenger enn godt er fordi utredningsarbeidet trekker ut og rettsbehandling av omsorgssituasjonen blir utsatt, sier hun til Psykologtidsskriftet.

IPR-lederen sier at situasjonen også er alvorlig for psykologene som er tilknyttet IPR-miljøet som enkeltmannsforetak eller eget AS.

– De står selv ansvarlig for egen inntekt og mister ukentlig flere tusen kroner i inntjening. Hjelpetiltakene som er vedtatt av myndighetene hjelper bare et stykke på vei og dekker knapt utgiftene til husleie og andre driftskostnader, påpeker hun.

Daglig leder Pål-Erling Anonsen i den private psykologklinikken Favne Psykologbistand og daglig leder Ingrid Ottesen i Bjørnson organisasjonspsykologene i Stavanger er også bekymret for utviklingen for egen drift og pasientgrupper.

*Les hele saken på psykologtidsskriftet.no.*

# «Hos Hedda ligger dyb poesi på bunden...»

*Hedda Gabler* er ikke bare et psykologisk mesterverk, det er også et stykke om hvorvidt livet har en gitt mening.

## TEKST

Jon Morgan  
Stokkeland,<sup>1</sup>  
dr.philos., overlege,  
Forsknings- og  
undervisningsenheten,  
Klinikk psykisk  
helsevern  
voksne, Stavanger  
universitetssjukehus

## KONTAKT

jon.stokkeland@lyse.net

**I ARTIKKELEN** «Den gåtefulle Hedda Gabler – En empatisk psykologisk lesning» i forrige utgave av *Psykologtidsskriftet* gir Ellen Hartmann en interessant og nyansert analyse av Hedda-skikkelsen. Hun viser oss at Heddas væremåte og adferd langt fra må anses som irrasjonell eller lite troverdig, slik det ofte har blitt hevdet i verkets resepsjonshistorie (Rekdal, 2001; Ystad, 2019). Hartmanns analyse bidrar til å gjøre Hedda forståelig for oss, vi kommer henne nærmere istedenfor å vike unna, slik teaterpublikums reaksjon ofte har vært. Analysen av Heddas psykologi er meningsfull og argumentene overbevisende. Selv om jeg langt på vei deler Hartmanns syn, vil jeg likevel knytte noen kommentarer til teksten i et forsøk på å utdype og supplere perspektivene hennes.

Hartmanns analyse er psykologisk, den dveler i første rekke ved Heddas motiver, følelser og handlinger sett i lys av psykologiske faktorer. Deler av Hartmanns tekst omfatter også sosiologiske forhold med vidtrekkende psykologiske konsekvenser. Jeg tenker for eksempel på kvinners begrensede handlingsrom på 1890-tallet, og på den tidens moralkodeks, som nærmest forlangte av gifte kvinner at de skulle føde barn. Som Henrik Ibsen skriver i opptegnelsene til stykket: «De er ikke alle skapte til at

være mødre» (Ibsen, 1890a, s. 508)<sup>2</sup>. Man må imidlertid spørre seg: Risikerer vi å miste av syne avgjørende sider i kunstverket om vi vektlegger psykologiske forhold såpass sterkt? Hva med filosofiske, eksistensielle tema?

## ET TANKEEKSPERIMENT

La oss gjøre et tankeeksperiment. Vi ser for oss Hedda i vår egen tid, en tid der kvinners muligheter til å realisere seg selv og være økonomisk selvstendige er svært forskjellige fra den gang Ibsen skrev sitt verk. En tid der frivillig barnløshet nok fremdeles er kontroversielt, men like fullt møtes med langt større aksept. Vi ser for oss at Hedda tar kontakt med Ellen Hartmann og får hjelp til å forstå seg selv bedre i en psykoterapeutisk prosess der hennes destruktivitet og lengsler blir møtt med nysgjerrighet, vennlig motstand og forståelse snarere enn skrekk, avsky, unnvikelse og fortielse. Videre forestiller vi oss at hun da tør å velge Ejlert Løvborg fremfor Jørgen Tesman.

.....

1. Jon Morgan Stokkeland var fagfelle på Ellen Hartmanns vitenskapelige artikkel.
2. Referanser til Ibsen er hentet fra nettsiden Henrik Ibsens Skrifter: [www.ibsen.uio.no](http://www.ibsen.uio.no). Opptegnelsene er hentet fra Hundreårsutgaven av Ibsens samlede verker, redigert av Bull, Koht og Seip (1928–1952). Tilgjengelig på [www.nb.no](http://www.nb.no). Også disse notatene fins på [www.ibsen.uio.no](http://www.ibsen.uio.no)

**KLASSIKER I NY DRAKT** Regissør Sofia Jupither satte opp Henrik Ibsens velkjente stykke på Torshovteatret i 2018 med Kjersti Botn Sandal i hovedrollen. Foto: Erika Hebbert / Nationaltheateret



Ville Ibsens beveggrunner til å skape *Hedda Gabler* forsvinne med en Hedda i et mye mer likestilt samfunn, med muligheten til å få god psykologhjelp? Kanskje ikke. Jeg forestiller meg at Ibsen ville ha nikket vennlig til Hartmanns analyser av Heddas psykologi, slik hun redegjør for i artikkelen. Kanskje ville han ha sagt noe om at han hadde slike psykologiske forhold i tankene da han skrev stykket, at de endog er blant de viktigste bitene i mosaikken. Men, ville han vel ha lagt til, *der er også noe mer* hos Hedda-karakteren, noe som tangerer psykologifagets grenser, eller snarere: som ligger utenfor disse grensene, noe som kanskje snarere bør tilordnes nabofagene filosofi og teologi. Dette *noe* berører spørsmål som er like aktuelle i dag som på 1890-tallet. La meg utdype.

#### PSYKOLOGIFAGETS GRENSER

Idet Hedda utbryter: «Ja, der har vi det! Det er disse tarvelige vilkår, jeg er kommet ind i –! (*går henover gulvet*) Det er *dem*, som gjør livet så ynkelig! Så rent ud latterligt! – For *så* er det» (Ibsen, 1890b, s. 90), da er det ut ifra konteksten opplagt at hun snakker om økonomiske vilkår og de begrensninger Tesmans manglende formue betyr for hennes liv. Om tolkningen får stå alene, kan den imidlertid være en unødvendig forenkling. Heddas utsagn kan ha en dobbel betydning; hun snakker ikke bare om økonomiske vilkår i snever forstand, men om *livsvilkår* i utvidet betydning. Jeg ser utsagnet som et forvarsel om den livsfølelsen som kommer til uttrykk i Sigbjørn Obstfelders (1993) dikt fra 1893, *Jeg ser*, mest pregnant i avslutningslinjene: «Jeg er visst kommet paa en fejl klode! / Her er saa underligt ...», og som mange år senere ble rikt utpenslet hos forfattere som Samuel Bec- »



*Hedda Gabler*  
omhandler åpenbart  
et eksistensielt nivå



**GÅTEFULL** I marsutgaven av Psykologitidsskriftet skrev Ellen Hartmann artikkelen «Den gåtefulle Hedda Gabler – En empatisk psykologisk lesning».

kett, Albert Camus og andre sentrale modernister. Det dreier seg om en livsfølelse der det er et voldsomt og tragisk misforhold – en uløselig konflikt – mellom en drøm om hva livet skulle være, og hva det faktisk er. At tilværelsen dypst sett er absurd. *Det er disse tarvelige vilkår, jeg er kommet ind i –*

Man hører allerede de energiske innvendingene: «Men dette tilhører da psykologifaget like mye som filosofien og teologien?» La meg utdype perspektivet noe før jeg sier meg delvis enig i protesten.

### REVOLT MOT LIVETS LOVER

En god del av de notatene Ibsen gjorde under arbeidet med *Hedda Gabler*, er bevart. Det fremgår klart av disse opptegnelsene at han på denne tiden var brennende opptatt av dette misforholdet mellom drømmen om hva livet kunne være, og de faktiske realiteter. Temaet var levende til stede i samtiden og dens stemning av *fin-de-siècle*; dekadanse og undergang. For eksempel i den innflytelsen Friedrich Nietzsches tanker øvet, samt brudlene rundt Hans Jægers (1885) *Fra Kristiania-bohèmen*<sup>3</sup>. Ibsen (1890a) skriver i opptegnelsene under tittelen «Revolution mod naturlovene –» (s. 496).

Manuskriptet, som H. L.<sup>4</sup> etterlader, går ud på at menneskeoppgaven er: Opad, imod lysbringeren. Livet på det nuværende samfundsgrundlag er ikke værd at leve. Derfor fantasere sig bort ifra det (s. 497).

Der tales om i udviklingens tjeneste at bygge jernbaner og landeveje. Nej nej, det er ikke det. De skal gøre plads for at menneskeånden kan komme til at gøre den store svingning. For den er på afveje. Menneskeånden er kommen på afveje (s. 497).

Der siges: det er en naturlov. Nu vel, men så gør man opposition mod den. Forlanger den afskaffet. Hvorfor vige tilbage. Hvorfor overgive sig på nåde og unåde – (s. 498).

Stykket skal dreje sig om «det uoverkommelige», det, at hige og tilstræbe noget som står imod konventionen, imod det vedtagne i bevidsthederne, – også i Heddas (s. 500).

NB!!

I den store samtale mellem Hedda og E. L. sker omslaget i stykket. Han: Hvilken jammerlighed at indrette sig efter den bestående moral. Idealet vilde være om et nutidsmenneske kunde leve fremtidens liv. Hvilken jammerlighed at stride om en professorpost! (...) Jeg er ikke udsvævende i grunden. Men virkelighedslivet er ikke leveligt – (s. 507).

Livet er ikke sørgeligt. – Livet er latterligt – Og *det* kan ikke bæres (s. 509).

Det er om de «underjordiske kræfter og magter» der handles. Kvinden som grubearbejder. Nihilisme. Far og mor tilhørende forskjellige tidsaldere. Den kvindelige underjordiske revolution i tænkningen. Slavefrykten udad mod det ytre (s. 511).

.....

3. Vigdis Ystads (2019) tekst om bakgrunnen for verket, som fins på nettsiden Henrik Ibsens Skrifter, setter stykket fint i kontekst.
4. Ejler Løvborg het Holger Løvborg på et tidlig stadium av arbeidet.



Nå skal man neppe lese disse notatene som en slags lov- og formelsamling over de skjulte tråder i forfatterskapets vev, Ibsen endret ofte mening underveis i arbeidet, nye ideer kom til, stoffet fikk tydeligere form. For min del er det likevel som om opptegnelsene ofte setter ord på en fornemmelse eller anelse jeg har hatt etter å ha sett eller lest stykkene. Slik er det også her; *Hedda Gabler* omhandler åpenbart et eksistensielt nivå, et nivå der det handler om hvorvidt livet har en gitt mening. Og hvis man tenker at livet ikke har det, kan det i tilfelle gis mening? Eller er vi overlatt til en uavvendelig nihilisme? Stillheten i de endeløse rom? Dette er tidløse spørsmål, men det er neppe noen overdrivelse å hevde at de var særskilt fremme på 1890-tallet.

### EN KREVENDE BALANSEGANG

Jeg synes Ibsens notater gir overbevisende vekt til argumentet om at han i *Hedda Gabler* undersøker og gir form til spørsmål om livets mening eller meningsløshet. For eksempel om vi kan slå fast at «livet er noe bestemt noe», slik Knud Løgstrup (1940/2011) formulerte det, eller om vi lever vårt liv i et meningstomt univers. Vi skal kanskje ikke forlange av psykologifaget at det skal gi svar på slike spørsmål, de tilordnes helst filosofien og teologien. At de likevel angår psykologifaget, er imidlertid nokså opplagt. Jeg tenker for eksempel på hvordan sofistikerte filosofiske argumenter om livets meningsløshet i løpet av en terapi kan komme til å vike for større livsmot idet man blir mindre redd for å nærme seg andre og å vise mer ærlig hvem man er. Nihilisme og avanserte teorier om det fåfengte i all menneskelig streben kan være effektive verktøy i forsvarers tjeneste eller som ledd i en depressiv symptomatologi. Slik sett må psykologien kjenne til fagets grenser, og samtidig vise interesse for hva som befinner seg utenfor disse grensene. Det er et paradoks at det som befinner seg utenfor grensen, også, i en viss forstand, er innenfor. En krevende balansegang.

For å oppsummere så langt: Om et psykologisk blikk på *Hedda Gabler* blir stående for alene, vil det kunne skygge for de mange andre verdifulle perspektiver vi kan legge på verket, og kanskje særlig de filosofiske aspektene.

### KARAKTEREN VISER SEG I TALEN

Med denne innvendingen i mente vil jeg avslutningsvis likevel tillate meg å peke på en side ved Ibsens skrivekunst som synes særlig verdifull for psykologifaget. Dikteren makter å få frem essensielle sider ved en person gjennom måten han lar vedkommende snakke og te seg på: *Karakteren viser seg i talen*. Jørgen Tesman, Heddas ektefelle, illustrerer dette grepet svært tydelig:

Jørgen sier gjentatte ganger i stykket; «tænk!», «tænk det!», «tænk dig!» eller «Nej tænk, Hedda!» Selv om vi kan si at dette er en maner, en uvane han har lagt seg til, i likhet med hans utrolig irriterende «Hvad!», som han legger til annenhver setning, er det også uttrykk for noe mer. Han bruker dette uttrykket for overraskelse i nesten enhver sammenheng, også der det ikke er noen grunn til å være overrasket. Slik får Ibsen frem, gjennom bruk av kun ett ord; «tænk!», at Jørgen er en person som har svært dårlig forestillingsevne, han blir tatt på sengen av de mest selvfølgelige ting. Denne omfattende fantasiløsheten får i stykket tragiske konsekvenser, idet han er helt blind for hvordan Hedda har det. Han synes overhodet ikke å se at Hedda frykter og vem-



Det dreier seg om en livsfølelse der det er et voldsomt og tragisk misforhold - en uløselig konflikt - mellom en drøm om hva livet skulle være, og hva det faktisk er





Filosofiske argumenter om livets meningsløshet i løpet av en terapi kan komme til å vike for større livsmot idet man blir mindre redd for å nærme seg andre og å vise mer ærlig hvem man er

mes over seksualiteten, at hun er livredd for å bli mor, at hun mangler varme følelser overfor ham, at hun opplever livet meningsomt, og at hun fristes av selvmordet. Som kjæreste og ektefelle skulle han være den nærmeste til å lytte til og snakke med Hedda om alt dette. Jørgen er neppe en ond eller kald person, men hans manglende fantasi og innlevelsessevne får fatale følger. Ibsen setter det helt på spissen mot slutten. Like før Hedda skyter seg, spør hun Jørgen, som sammen med Thea er helt oppslukt i å samle sammen restene etter Ejlerts bok: «Er der ingen ting, I to kan bruke mig til her?» (Ibsen, 1890b, s. 201). Jørgen svarer: «Nej, ingen verdens ting. (*vender hovedet*) Herefter får såmæn *De* være så snil at holde Hedda med selskab, kære assessor!» (s. 201). Han har som vi ser her, heller ikke blikk for Bracks rovdyraktige seksuelle utpressing av Hedda.

I en opptegnelse under arbeidet med sitt siste stykke, *Når vi døde vågner*, skriver Ibsen om en skikkelse som han må ha forlatt underveis: «Den sladderagtige frue fra hovedstaden. Gælder for uhyre morsom blandt badegæsterne. Ondskabsfuld af tankeløshed (Ibsen, 1899, s. 289).» Vi kan prøve å forestille oss hvordan han hadde gitt kropp og stemme til dette abstrakte; *ondskapsfull av tankeløshet*. Noe av det dramatiske mesterverket består i denne evnen til å utforme personer som sier og gjør ting som får oss tilskuere til å forstå, eller i det minste ane, hvem de er, for eksempel en person som er ondskapsfull av tankeløshet. Om Jørgen Tesman skrev Ibsen på et tidlig stadium: «Han som nu endelig har besejret hende, tarvelig af person, men hæderlig og begavet frisindet videnskabsmand» (Ibsen, 1890a, s. 497). Kanskje kunne han senere ha skrevet vedrørende ham: «fantasiløshedens fatale følgevirkninger». Poenget mitt er at Ibsen og andre dramatikere er relevante for psykologifaget også på den måten at de hjelper oss å se at en persons karakter og egenskaper, for eksempel 'ondskapsfuld af tankeløshed', er *abstrakte fenomener* som viser seg i tale og adferd. Psykologifaget prøver i dag i stor utstrekning å fange inn dette ved hjelp av spørreskjemaer og billeddiagnostikk, som om det dreier seg om konkrete entiteter, og misforstår med dette fenomenenes ontologiske beskaffenhet. Fenomener som 'ondskapsfuld af tankeløshed' kan vi bare innkretse og beskrive ved hjelp av det mest avanserte «apparat» i universet: vårt eget sinn.

#### IBSENS RELEVANS FOR PSYKOLOGIFAGET

Hartmanns nye artikkel er bare én i en serie tekster hun har skrevet om Ibsen (Hartmann, 1994; 2004; 2016a; 2016b; 2017). Sammen med viktige bidrag fra psykologkollegene Siri Erika Gullestad (1994; 2019), Anders Zachrisson (Aalen & Zachrisson, 2013) og Marit Aalen (2014; 2015; 2016), samt litteraturvitere som Tom Eide (2001), Anne-Marie Rekdal (2000; 2012), Toril Moi (2006) og Jørgen Dines Johansen (2004) demonstrerer de hvor relevant Ibsens forfatterskap er for psykologifaget. At Ibsen i sitt arbeid forsket i psykologiske spørsmål, kommer også fint frem i opptegnelsene til *Hedda Gabler*. Han (Ibsen, 1890a) skriver f.eks.:

Virkelige forældre findes der meget få af i verden. De fleste vokser op under onkel- eller tante-opdragelse – enten negligeret og uforstået eller også forkælet (s. 501).

Under arbeidet med *Vildanden* skrev han (Ibsen, 1884) følgende:

Gregers's erfaringer om børns første og dybeste smerter. Det er ikke kærlighedsorger; nej, det er familjesmerterne – det pinefulde i hjemmets forholde – (s. 170).

Det er tegn som tyder på at Sigmund Freud næret en sterk beundring for Ibsen (Stokkeland,

2016; se også Brandell, 1961; 1979), og at Ibsen, sammen med William Shakespeare, Sofokles og andre store diktere, har vært avgjørende under utformingen av psykoanalysen. Synspunktet er hverken nytt eller radikalt, men det tør gjentas. ✕

## REFERANSER

- Brandell, G. (1961). *Vid säklets källor: Studier och es-säer*. Stockholm: Bonnier
- Brandell, G. (1979). *Freud. A Man of His Century*. (overs. White, I.). Hassocks: The Harvester Press.
- Eide, T. (2001). *Ibsens dialogkunst. Etikk og eksistens i Når vi døde vågner*. Oslo: Universitetsforlaget
- Gullestad, S.E. (1994). Fear of falling. Some unconscious factors in Ibsen's play «The Master Builder». *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 17, 27–39. <https://doi.org/10.1080/01062301.1994.10592308>
- Gullestad, S.E. (2019). Helene Alvings hevn. Ibsens *Gjengangere* i et psykoanalytisk perspektiv. I A. Kolstad & R. Kogstad (red.), *Grunnlagsproblemer i vitenskapene om mennesket*. Oslo: Abstrakt
- 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: Universitetet i Oslo.
- Hartmann, E. (2015). Fraværet av gjensidig kjærlighet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(1), 60–69.
- Hartmann, E. (2016a). Ibsens skamskutte barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(1), 60–67.
- Hartmann, E. (2016b). Hedvigs selvmord i *Vildanden*. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(8), 654–664.
- Hartmann, E. (2017). Ibsens skjebnestjokk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(12), 1174–1183.
- Ibsen, H. (1890). *Vildanden*. I F. Bull, H. Koht og D.A. Seip (red.) (1928–1952), *Henrik Ibsens Samlede verker*, Bind 10. Oslo: Gyldendal. <https://www.nb.no/items/45f3b71f272fd996d4ab9720c42ab0e?page=11&searchText=ibsen%20samlede%20verker%20koht>
- Ibsen, H. (1890a). *Hedda Gabler*. I F. Bull, H. Koht og D.A. Seip (red.) (1928–1952), *Henrik Ibsens Samlede verker*, Bind 11. Oslo: Gyldendal. <https://www.nb.no/items/8a44b47cc1d47e896c545aaf2474bf76?page=5&searchText=Ibsen%20bind%2011%20samlede%20verker>
- Ibsen, H. (1890b). *Hedda Gabler*. I Henrik Ibsens Skrifter. [https://www.ibsen.uio.no/DRVIT\\_HG%7CHGht.xhtml](https://www.ibsen.uio.no/DRVIT_HG%7CHGht.xhtml)
- Ibsen, H. (1899). *Når vi døde vågner*. I F. Bull, H. Koht og D.A. Seip (red.) (1928–1952), *Henrik Ibsens Samlede verker*, Bind 13. Oslo: Gyldendal. <https://www.nb.no/items/6faf71abff07c87f29159ccf38866924?page=189&searchText=ibsen%20samlede%20verker%20koht>
- Johansen, J.D. (2004). *Ind i natten. Seks kapitler om Ibsens sidste skuespil*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Jæger, H. (1885). *Fra Kristiania-bohømen*. Oslo: Eget forlag.
- Løgstrup, K.E. (1940/2011). *Den erkendelsesteoretiske konflikt mellem den transcendentalfilosofiske idealisme og teologien*. Århus: Klim.
- Moi, T. (2006). *Ibsens modernisme*. Oslo: Pax.
- Obstfelder, S. (1993). *Dikt i samling – prosa i utvalg*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Rekdal, A.M. (2000). *Frihetens dilemma. Ibsen lest med Lacan*. Oslo: Aschehoug.
- Rekdal, A.M. (red.) (2001). *Et skjær av uvilkarlig skjønnhet*. Oslo: Cappelen.
- Rekdal, A.M. (2012). *Ibsen to kvinner*. Oslo: Vidarforlaget.
- Stokkeland, J.M. (2016). The poet and the laws of life: Narcissism and object relatedness in Ibsen's late plays. *American Imago*, 73(3), 307–324. <https://doi.org/10.1353/aim.2016.0016>
- Ystad, V. (2019). Innledning til Hedda Gabler. På nettsiden Henrik Ibsens skrifter. [https://www.ibsen.uio.no/DRINNL\\_HG%7Cintro\\_background.xhtml](https://www.ibsen.uio.no/DRINNL_HG%7Cintro_background.xhtml)
- Aalen, M. & Zachrisson, A. (2013). The structure of desire in Peer Gynt's relationship to Solveig. A reading inspired by Melanie Klein. *Ibsen Studies*, 13, 130–60. <https://doi.org/10.1080/15021866.2013.849029>
- Aalen, M. (2014). Tears, remorse and reparation in Henrik Ibsen's Peer Gynt. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 37, 113–24. <https://doi.org/10.1080/01062301.2014.962323>
- Aalen, M. (2015). Stray thoughts – seeking home: Henrik Ibsen's Peer Gynt read in light of Wilfred Bion's ideas. *The International Journal of Psychoanalysis*, 98(2), 415–424. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12440>
- Aalen, M.S. (2016). *The issue of arrested personality development in Henrik Ibsen's Peer Gynt. Readings inspired by Melanie Klein and Wilfred Bion* [doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo].

# Bak skjermen

Hvordan oppleves veiledet internettbehandling for pasienter og terapeuter?

## TEKST

Tine Nordgreen<sup>1</sup>,  
Gunn Elise Sætre<sup>2</sup>,  
Stine Hope Spjeld<sup>3</sup>,  
Hanne Lund  
Gulbrandsen<sup>4</sup> og  
Kristin Hogstad Bruvik<sup>5</sup>

**VI VET** at forekomsten av psykiske lidelser overstiger helsetilbudet innen psykisk helse. Vi vet også at det er begrenset tilgang på psykologisk behandling til store pasientgrupper ettersom kun 20–25 % av de med angst og depresjon får den hjelpen de trenger<sup>1</sup>. Vi vet også at det er store individuelle, sosiale og samfunnsmessige kostnader knyttet til det å ha en psykisk lidelse. På samme tid har befolkningen liten tillit til at psykologiske helsetjenester er tilgjengelige når man har behov for det, og de erfarer at kvaliteten i tilbudene er lave<sup>2</sup>. Manglende tilgang på gode og effektive psykologiske helsetjenester, i et langstrakt land med store geografiske avstander, gjør at den tradisjonelle modellen med ukentlige ansikt til ansikt psykologtimer ikke kan fortsette å være den rådende modellen for psykologisk behandling i årene fremover. Dette med avstand er aktualisert i den spesielle situasjonen vi er i nå, med korona-pandemi, der hele befolkningen må bidra til å redusere kontaktpunkt, og dermed redusere/utsette antall smittede i befolkningen. I denne situasjonen foretar eMeistring inntaks- og oppfølgingsamtaler via Skype for business og tilbyr som vanlig selve behandlingen på nett.

Det er mange pasienter, studenter, helsepersonell, organisasjoner, politikere og helsetjenesteleverandører som leter etter gode måter for hvordan vi kan øke tilgangen på god og effektiv psykologisk behandling. I til-

legg ligger det føringer fra helsemyndighetene og forventninger i befolkningen om økt bruk av teknologi i helsetjenestene<sup>3</sup>. For eksempel rapporterer 84 % av Norges befolkning at de er positive til bruk av ny teknologi innen helse og omsorg<sup>4</sup>, og 53 % av de spurte forteller at de alltid prøver å finne helserelatert informasjon på nettet heller enn å utelukkende stole på det legen forteller dem.

Vi ønsker i denne artikkelen å vise hvordan vi i klinikken kan tilby kvalitetssikret psykologisk behandling i form av veiledet internettbehandling. Metoden har de siste årene fått mye oppmerksomhet, og har blitt løftet frem som et eksempel på økt tilgjengelighet av psykologisk behandling. Ved bruk av veiledet internettbehandling kan man 1) tilby pasientene den samme forskningsbaserte behandlingen uavhengig av hvor de bor, 2) fremme en aktiv pasientrolle der pasientens medvirkning og kontroll over egen helse står sentralt, 3) øke tilgjengelighet og bedre ressursbruk. Pasientene oppnår redusert reisetid og tid borte fra jobb og studier. I klinikken kan terapeuter i eMeistring behandle tre ganger så mange pasienter per dag sammenlignet med tradisjonell behandling. I januar 2019 ble metoden vurdert til å ha tilsvarende effekt som behandling ansikt til ansikt, og på dette grunnlag godkjent som ny metode i spesialisthelsetjenesten av Beslutningsforum. Den 17. oktober 2019 kom det ny takst/særkode for veiledet internettbe-

<sup>1</sup> Leder forskning og utvikling, <sup>2</sup> Faglig ansvarlig psykologspesialist, <sup>3</sup> Medlem i Erfaringspanelet, <sup>4</sup> Koordinator, <sup>5</sup> Seksjonsleder. eMeistring, Divisjon psykisk helse, Haukeland universitetssjukehus



handling, en takst som langt på vei sidestiller veiledet internettbehandling med tradisjonell behandling ansikt til ansikt i psykisk helsevern. Dette er to milepæler som bidrar til å fremme digital teknologi i psykologisk behandling.

eMeistringsklinikkene i Bergen og Vestfold er så vidt vi vet de eneste som tilbyr veiledet internettbehandling som del av det ordinære tilbudet i spesialisthelsetjenesten i Norge i dag. Vi samarbeider med tilsvarende klinikker i Danmark, Sverige og Australia<sup>6</sup> om forskning,

utvikling og kvalitetsarbeid på veiledet internettbehandling.

#### VEILEDET INTERNETTBEHANDLING

Veiledet internettbehandling, slik vi tilbyr den i eMeistring, er en metode der innholdet i behandlingen tilsvarer det pasienten ville fått i en forskningsbasert behandling, for eksempel for ulike typer angst, depresjon eller søvnvan-sker. Innholdet blir presentert gjennom informasjon, historier, eksempler og oppgaver i form av tekst, video og lydspor. Behandlingen

**PÅ NETT** Veiledet internettbehandling er en metode der innholdet i behandlingen tilsvarer det pasienten ville fått i en forskningsbasert behandling, mener artikkelforfatterne. Illustrasjon: Shutterstock



er organisert i moduler, der neste modul blir tilgjengelig for pasienten når målet med den forrige er oppnådd. I tillegg inneholder veiledet internettbehandling ukentlig kartlegging av symptomtrykk, med særlig oppmerksomhet på negative effekter og forverring.

Veiledet internettbehandling inkluderer veiledning fra terapeut minst to ganger i uken via sikker meldingsutveksling. Pasienten sender inn spørsmål og kommentarer til terapeuten når det passer, og når man står i ulike utfordringer, og terapeuten svarer når vedkommende kommer på jobb. Pasienten har mulighet til å laste ned og skrive ut informasjonsteksten og oppgavene, slik at man kan ta med tekst og oppgaver der hvor man oppholder seg i løpet av dagen, med eller uten nettilgang. Dermed kan pasienten være aktiv og arbeide med behandlingen på ulike steder, i ulike situasjoner og til ulike tider.

Etter at behandlingen og kontakten med terapeuten er avsluttet, kan pasienten i et halvt år fremdeles logge seg på behandlingsplattformen og ha tilgang til alt materialet og meldingsutvekslingen med terapeuten. På den måten kan pasienten jobbe videre med seg selv dersom det er ønske og behov for det.

Nasjonal og internasjonal forskning viser at veiledet internettbehandling har tilsvarende effekt som ansikt til ansikt-behandling, og behandlingen er effektiv også når den tilbys i ordinær klinikk<sup>7, 8</sup>. eMeistring har kognitiv atferdsterapi som behandlingsmetode, og det er mest forsket på veiledet internettbehandling ved bruk av denne type terapiretning, men det finnes også eksempler på at psykodynamiske, interpersonlige og eklektiske behandlingsmodeller tilbys i dette formatet.

### TERAPEUTENES ERFARINGER

Mange av våre kollegaer er usikre på effekten av teknologiske løsninger, hva dette gjør med kvaliteten på relasjonen mellom pasient og behandler, og frykt for at teknologien vil overta arbeidsoppgavene våre. Det er særlig fire momenter ved å behandle pasienter over internett terapeutene i eMeistring trekker frem:

#### 1 Å bruke tekst som kommunikasjon med pasientene.

Dette oppleves som en viktig del av forskjellen mellom veiledet internettbehandling og tradisjonell behandling ansikt til ansikt. Teksten

terapeuten skriver er varig, den hjelper med å strukturere kommunikasjonen, den bidrar til at man holder tråden sammen, og gjør at viktige temaer ikke blir glemt. Terapeutene opplever ikke teksten som bedre enn samtalen, men den har helt andre kvaliteter. Asynkron (ikke samtidig) skriftlig dialog med pasienten gir terapeuten tid til å formulere seg presist og gjennomtenkt, og pasienter som strever med å sette ord på det som er vanskelig, i terapirommet, får et annet format til å samhandle med terapeuten sin. Terapeutene beskriver også at det å arbeide med skriftliggjøring av terapeutisk innhold også kommer til nytte i behandling ansikt til ansikt.

#### 2 Kontinuerlig kollegaveiledning i felles terapeutrom.

Behandlerne i eMeistring sitter sammen i felles kontorlokaler og har dermed kontinuerlig mulighet til å la andre få innsyn i hva man skriver, og få direkte innspill og veiledning på seg selv som terapeut. Dette kan sammenlignes med å vise video av terapitimer ansikt til ansikt i veiledning, som ofte trekkes frem som en essensiell del av det å utvikle seg som terapeut innenfor tradisjonelle behandlingsformer.

#### 3 Bevisstgjøring av pasientenes ressurser.

Terapeutene opplever at pasientene klarer svært mye på egen hånd, og har et stort ønske om å endre eksisterende mønster. Dette har lært terapeutene mye om å ikke undervurdere pasienten når man jobber ansikt til ansikt. Der terapeuten i tradisjonell behandling kan ha en tendens til å ta mye ansvar for å drive terapien fremover, blir det i veiledet internettbehandling veldig synlig om man ikke har pasienten med på laget, og man kan raskt sette i gang tiltak for å oppklare misforståelser, hjelpe pasienten videre eller tidlig fange opp og sette i gang andre tiltak dersom behandlingen viser seg å ikke fungere for pasienten. Veiledet internettbehandling krever noen ganger for mye selvdisiplin av pasientene, og ikke alle har mulighet til å sette av tid eller skape seg de rutinene som kreves for å følge opp behandlingen. Terapeutens jobb i denne situasjonen er å gi tilstrekkelig tro på behandlingen til at pasientene velger å prioritere denne.

#### 4 Opplæring i behandlingsmetoden.

Behandlingsmodulene for pasienter med henholdsvis panikkklidelse, sosial angst og depre-



## Digitale verktøy er ikke helende i seg selv, men et hjelpemiddel for å styrke relasjonen mellom terapeut og pasient

sjon gir inngående kompetanse i kognitiv atferdsterapi og hindrer tendens til terapeutisk drift ved at både pasient og terapeut holder fokus på de aktuelle temaene i behandlingen, og man blir ikke «løknet ut på viddene».

### PASIENTENES EVALUERINGER

Alle våre pasienter blir bedt om å evaluere behandlingen før, underveis og etter behandlingen. Våre data viser hvordan 824 pasienter (65 % kvinner, 35 % menn, gjennomsnittsalder 35 år) i perioden januar 2014 til september 2019 evaluerer behandlingstilbudet de har fått hos eMeistring i Bergen.

I alt er 89 % av pasientene i eMeistring fornøyde eller veldig fornøyde med behandlingen de har mottatt. Det betyr altså at 11 % er lite eller ikke fornøyd. To av tre pasienter rapporterer at de er fornøyde med den effekten de har fått av behandlingen, mens en av tre hadde ønsket seg en større effekt. Dette er tilsvarende de resultatene som rapporteres fra behandling ansikt til ansikt, og stemmer godt overens med terapeutenes oppfatning av pasientenes tilfredshet og effekt.

I den internasjonale forskningslitteraturen om veiledet internettbehandling blir pasientene ofte spurt om de ville anbefalt behandlingen til en venn med tilsvarende problemer. Dette som en indikator på om pasienten synes behandlingen er troverdig og nyttig. Når vi i eMeistring spør pasientene våre om dette, svarer 93,5 % ja på spørsmålet om de ville anbefalt behandlingen til en venn med tilsvarende problemer.

Negative effekter i psykologisk behandling har i de siste årene fått økt oppmerksomhet, og dette er noe vi også spør om i eMeistring. Her svarer 82,5 % av våre pasienter at behandlingen har hatt utelukkende positive virkninger, mens 10 % forteller om noen få negative

virksomheter. Videre rapporterer 7 % noen uheldige virkninger, mens 1,6 % rapporterer om henholdsvis omfattende og svært omfattende uheldige virkninger av behandlingen. Dette tilsvarer det vi finner i internasjonal og nasjonal behandlingstilbudet for majoriteten av pasientene, men samtidig er det 11 % som ikke opplever ønsket effekt, og 9 % som opplever noen eller flere negative virkninger. I videre forskning på feltet bør det undersøkes nærmere hva som ligger i de negative virkningene, og om disse er knyttet direkte til den digitale løsningen, eller om det omhandler faktorer som også ville forekommet i behandling ansikt til ansikt.

Hva sier så pasientene om terapeutenes rolle i veiledet internettbehandling? En myte om veiledet internettbehandling er at terapeutenes rolle er mekanisk og av begrenset betydning. Når vi spør pasientene i eMeistring, som enten har panikk lidelse, sosial angst eller depresjon, og som har hatt sin lidelse i gjennomsnitt i 12–14 år, så svarer 11 % at de ville klart seg like greit uten terapeutveiledning, mens majoriteten (89 %) mener de ville hatt dårligere effekt dersom de ikke hadde hatt den ukentlige terapeutveiledningen. Dette understøttes også av at 79 % av pasientene spurte sin terapeut når de hadde et problem eller spørsmål. «Varm teknologi» kan trekkes frem i denne sammenheng for å vise at bruk av digitale verktøy ikke er helende i seg selv, men et hjelpemiddel for å styrke relasjonen mellom terapeut og pasient.

Hvordan opplever så pasientene tilgangen på og oppstarten av eMeistring? Her svarer 8 % av pasientene at det var vanskelig eller veldig vanskelig å få tilgang til og starte opp med behandlingen. Det betyr at 92 % ikke beskrev noen vansker, noe som kanskje reflekterer det kontinuerlige arbeidet vi har gjort i eMeistring med å øke tilgangen på behandlingen. Siden oppstarten i 2013 har vi undersøkt ulike veier inn i helsetjenesten og behandlingen og sett på barrierer. I likhet med mange andre nye helse-tjenester har vi erfart at det tar lang tid fra tilbudet er etablert, til det anses som en integrert og naturlig del av tjenesten. Våre kollegaer i Sverige, som har tilbudt denne behandlingen siden 2007, har anbefalt oss siden oppstarten



i 2013 å informere og involvere befolkningen direkte, i tillegg til de ordinære kanalene med fastleger og kollegaer i helsetjenesten. Dette arbeidet har gjort at vi nå har tre veier inn i behandlingen: via fastlegen, via kollegaer i spesialisthelsetjenesten og via pasienten selv. Det siste fungerer slik at innbyggerne selv kan ta direkte kontakt med eMeistring. Det foretas videre en innledende samtale for å avklare om pasienten kan nyttiggjøre seg våre behandlinger. Dersom pasienten har andre plager, blir hen informert om andre mulige hjelpetilbud, eller blir oppfordret til å ta kontakt med fastlegen for henvisning til riktig instans. I etterkant av samtalen blir det opprettet en henvisning, og det blir gjort vurdering for rett til helsehjelp i henhold til prioritetsveilederen. Fastlegen får informasjon via digital dialogmelding dersom pasienten blir tatt inn i behandling. Direkte kontakt utfordrer tradisjonelle veier inn til behandling i spesialisthelsetjenesten på en måte som kommer pasientene til gode. Denne muligheten gjør at man kan ta kontakt og få startet opp behandlingen innen en og samme uke, og slik kan vi starte opp behandling når motivasjonen til pasienten er på sitt høyeste. Direkte kontakt bidrar også til mer likeverdig vurdering av hvem som får tilbud, ved at man ikke må gå via mellomledd. Vi når også pasienter som ellers ikke ville fått behandling, fordi de ikke vet hvor de skal henvende seg, eller synes det er vanskelig å gå via andre behandlere.

I alt 824 pasienter har svart på evalueringsskjemaet på slutten av behandlingen. 229 av 1053 (22 %) pasienter som startet behandlingen, har ikke evaluert behandlingen. Hva disse ville svart, vet vi ikke, men det er grunn til å tro at en del av disse ville vært mindre tilfredse med behandlingen enn de som fylte ut skjemaet. Fra tidligere forskning i eMeistring vet vi at nesten halvparten (47 %) av de med for eksempel sosial angst som avslutter behandlingen i første halvdel av behandlingen, har en god effekt.

#### VEIEN VIDERE FOR EMEISTRING

Pasientenes tilbakemeldinger, våre kliniske erfaringer og god støtte fra lokale, regionale og nasjonale helseledere har motivert eMeistring til å jobbe med å forbedre og utvide behandlingstilbudet og å forbedre vilkårene for veiledet internettbehandling i Norge. I det videre



**Vi når også pasienter som ellers ikke ville fått behandling, fordi de ikke vet hvor de skal henvende seg, eller synes det er vanskelig å gå via andre behandlere**

arbeidet er det særlig tre temaer vi i eMeistring ser behovet for å fokusere på:

#### 1 Forskningsbasert kunnskap

Sikre god kompetanse basert på forskning om hvordan tilby veiledet internettbehandling av høy kvalitet. Aktuelle temaer er form og hyppighet på terapeutveiledning, organisering av tilbudet, hensyn som er viktig å ta før man tilbyr denne metoden (f.eks. risiko ved data som sendes via elektroniske system, lagring, hvem eier dataene), faktorer som omhandler brukervennlighet i programmene, spesifikke forsvarlighetstiltak (f.eks. ved innlevering av opplysninger over nett som tilsier «akutt» oppfølging) og individuelle hensyn ved den enkelte pasient. Det er behov for å spre forskningsbasert kunnskap på dette området til alle relevante helseutdanninger i Norge, samt i aktuelle videreutdanningstilbud for ledere i helsesektoren.

#### 2 Utvikle programmer

Videreutvikle eksisterende behandlingsprogrammer og utvikle nye. For å imøtekomme befolkningens behov er det behov for å forbedre eksisterende programmer (f.eks. depresjonsprogrammet) og utvikle nye psykologiske programmer knyttet til psykisk og somatisk helse. Det siste har muligheten til å dekke dagens udekte behov for psykisk helsehjelp til store grupper med en primær somatisk sykdom, for eksempel kreftoverlevende.

#### 3 Kostnadseffektivitet og bærekraft

Sikre en kostnadseffektiv og bærekraftig modell for spredning av veiledet internettbehandling, inkludert eMeistring. Dette gjør



vi ved å etablere en teknisk og organisatorisk infrastruktur som muliggjør kontinuerlig kvalitetsforbedring.

Basert på våre erfaringer inviterer vi i eMeistring til samarbeid omkring utvikling av nye programmer, teknologi, terapeutopplæringen og kvalitetssikring og forskning, samtidig som vi bruker all den lokale spisskompetansen som finnes i Norge. I et slikt samarbeid vil vi etablere felles krav til kvalitetsforbedring

og opplæringen, samtidig som lokal ekspertise utvikler og forsker på nye programmer til for eksempel til de som drikker for mye, mennesker som har gjennomgått kreftbehandling, og ungdom med depresjon, for å nevne noe. Vi mener at vi først vil få fart i det digitale skiftet når vi bruker minst mulig tid på teknologi ved å sentralisere den tekniske plattformen, og mest mulig tid på å utvikle, evaluere og tilby eksisterende og ny behandling via nettet. ✕

## REFERANSER

- Digital helsehverdag (2018) Forbrukerrådet. <https://fil.forbrukerradet.no/wp-content/uploads/2018/04/20180417-ke-digital-helse-rapport.pdf>
- Direktoratet for e-helse, Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022. 2019 (oppdatert), Direktoratet for e-helse: Oslo
- Folkehelseinstituttet (2018). [https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/resultatrapport\\_pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus\\_111218.pdf](https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/resultatrapport_pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus_111218.pdf)
- Nordgreen, T., Gjestad, R., Andersson, G., Carlbring, P., & Havik, O. E. (2018). *The effectiveness of guided internet-based cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder in a routine care setting*. *Internet Interventions*, 13, 24–29. doi.org/10.1016/j.invent.2018.05.003
- Norsk e-helsebarometer (2018). DIPS ASA [https://www.dips.com/sites/default/files/201804\\_norsk\\_ehelsebarometer\\_2018\\_ekstern.pdf](https://www.dips.com/sites/default/files/201804_norsk_ehelsebarometer_2018_ekstern.pdf)
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., Stewart, S. H. (2014). *Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3).
- Reneflot A, Aarø LE, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Tambs K, Øverland S (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet... ISBN elektronisk: 978-82-8082-878-1
- Rozenal, A., Castonguay, L., Dimidjian, S., Lambert, M., Shafran, R., Andersson, G., & Carlbring, P. (2018). *Negative effects in psychotherapy: Commentary and recommendations for future research and clinical practice*. *BJPsych Open*, 4(4), 307–312. doi:10.1192/bjo.2018.42
- Titov, N., Blake, D., Nielssen, O., Staples, L., Hadjistavropoulos, H., Nugent, M., Adlam, K., Nordgreen, T., Bruvik, K. H., Hovland, A., Repål, A., Mathiasen, K., Kraepelien, M., Blom, K., Svanborg, C., Lindefors, N., Kaldo, V. (2018). *ICBT in routine care: A descriptive analysis of successful clinics in five countries*. *Internet Interventions* 13: 108–115. doi.org/10.1016/j.invent.2018.07.006

Fra arkivet: 1979

## Åsa Grude Skard intervjues

– Når du tenker tilbake på alt det du har utrettet, hva ser du som det viktigste?

Jeg tenker mer på det jeg ikke har gjort: Jeg ville ha revidert min bok om pedagogisk psykologi. Jeg ville laget en barne-psykologisk klinisk avdeling på Universitetet i Oslo. Jeg ville hatt en norsk doktorgrad i tillegg til min amerikanske. Jeg ville undervist i psykologi i ungdomsskolen, – der ligger mye ugjort arbeid. Ikke minst ville jeg arbeidet mer for kvinnesaken.

– Men du har jo utrettet mye også?

Det mest spennende og morsomste jeg har holdt på med, er mine longitudinelle undersøkelser av omtrent 20 barn med deres familier, – et arbeide som en lang rekke yngre psykologer har vært med på.

Vi begynte med å intervjuer både moren og faren omtrent en måned før deres første eller andre barn var ventet. Det var uvanlig den gangen (i 1952–53) å ta med faren i undersøkelser, men det har jo vist seg at det er et viktig trekk. Så har vi jo observert barna regelmessig til de var 16 år, og mange av de har vi sett igjen da de var 18 og 24 år. Vi har observasjoner i heimene og på skolen, og intervjuer med foreldrene årlig i mange år. Det var stadig spennende, – og utrolig lærerikt. (...)

Da jeg for et par år siden fikk Forskningsrådets pris for popularisering (jeg var faktisk den andre som fikk den!), ble jeg lykkelig. For arbeidet med å spre utviklingspsykologisk kunnskap til foreldre og andre som har med barn å gjøre, har jeg lagt stor vekt på. Jeg redigerte jo også Norsk Pedagogisk Tidsskrift i 35 år (...). Dessuten synes jeg at jeg fikk utrettet noe da jeg fra 1962–1968 var president for den internasjonale organisasjonen for småbarnsoppfostring. (...) Kan-skje er det å blåse nytt liv inn i denne organisasjonen noe av det viktigste jeg har gjort.

For øvrig har jeg holdt fast ved mine interesser fra studietiden. Jeg tok kunsthistorie, fysiologi og pedagogikk som støttefag, – og jeg har fortsatt å lese pedagogikk og pedagogikk-historie, jeg har interessert meg for indresekresjon, og jeg har brukt mye av min tid til kunsthistorie. (...)

\*\*\*

Da vi avslutningsvis spurte Åsa Grude Skard hva hun synes om dagens psykologer, svarer hun at hun egentlig kjenner dem. Men vi synes vi kjenner Mor Åse.

Åse Grude Skard intervjuet av Arne Holte og Sigrid Sandsberg i oktober 1979

## - Vi må spørre hvordan vi kan forebygge en psykososial katastrofe

Uttalelsen kommer fra Tine Jensen, som representerer Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i krisestaben helsemyndighetene har etablert i forbindelse med koronapandemien.

Psykologiprofessoren har erfaring både med tsunamikatastrofen i 2004 og 22. juli. Nå inngår hun på vegne av NKVTS i den nasjonale krisestaben helsemyndighetene har nedsatt i forbindelse med koronapandemien.

– Hva vil være de viktigste rådene dere kan gi?

– Det er viktig å tenke «hva kan jeg gjøre her og nå for å begrense smitten og gjøre livet mitt så bra som mulig?» Å bekymre seg veldig om fremtiden er ikke så hjelpsomt, for den kan vi i begrenset grad kontrollere. Det kan være lurt å forsøke opprettholde så mange rutiner som mulig, slik som leggetider og måltider, og ha faste aktiviteter. Foreldre kan starte dagen med å planlegge hva som skal skje. Foreldre er viktige rollemodeller for sine barn. Å bevare roen kan være viktig for barna. Snakk med barna om deres bekymringer. Lytt til hva de har å si. Husk at ungdommer kan ha andre behov for informasjon enn yngre barn. Mange henter informasjon fra sosiale medier og internettsider. Det kan være lurt å spørre barna hver dag hva de har lest på nettet i dag. Å begrense dosen med nyheter kan også være lurt hvis det fører til økt stress.

– Hvilke erfaringer fra tidligere nasjonale kriser er det som kan benyttes i denne spesielle situasjonen?

– Det som er likt, er at hele nasjonen er rammet. Samtidig er denne situasjonen forskjellig først og fremst fordi mange flere er direkte og personlig berørte. I tillegg er institusjonene som skal hjelpe, berørte. De er mer eller mindre satt ut av funksjon, slik som kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern. Når skole, barnehager og arbeidsplasser stenges, mister vi strukturene som rammer inn hverdagen vår. Vi mister tilgang til kollegial støtte. Nå er ikke dette noe vi kun hører og leser om – det er noe vi erfarer direkte og det griper inn i hverdagen vår. Vi kan ikke skjerme barna fra det som skjer fordi de er direkte involverte. De må få en forklaring på hvorfor de ikke kan gå i barnehage, treffe venner og besteforeldre.

Les hele intervjuet på [psykologtidsskriftet.no](http://psykologtidsskriftet.no)

# Meninger



## BOKSETE DIAGNOSER

Hvorfor skal vi strebe etter å ville etterligne legestanden vi som opprinnelig er «barn av filosofene»? spør psykologspesialist Kristin Nijs (s. 303).



FOTO: SHUTTERSTOCK / NTB SCANPIX

”

Det er et paradoks at samfunnet ønsker økt åpenhet om selvmord, samtidig som andre tar til orde for å snakke mindre om selvmord i psykisk helsevern

*Les hovedinnlegget på de neste sidene.*

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

### DELTA I DEBATTEN

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

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

### 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.



20  
20  
Hella Thomsen

# Myter og fakta om selvmordsforebygging

Kritikere har tegnet et bilde av at selvmordsforebyggingen i Norge er i krise. Det er langt fra sannheten.



**BEHOVET FOR INTENSIVT** forebygging i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus berører alle som jobber i disse tjenestene. Det er derfor bra at temaet i økende grad belyses på sentrale arenaer, slik vi har sett i Psykologtidsskriftet den siste tiden (Hagen, Knizek, & Hjelmeland, 2020; Herheim, 2020; Stangeland, 2020; Østlie, 2020). Det beste eksempelet er kanskje saken i februarutgaven med tittelen «Splittet i synet på selvmordsforebygging», der temaet er i hvor stor grad ulike fagmiljøer vektlegger psykiske lidelser i selvmordsforebygging. Vi ønsker her å belyse noen av de største kontroversene på feltet, drøfte hindre for en videre utvikling samt belyse noen av utfordringene fremover.

## ØKT OPPMERKSOMHET

Hvert år dør over 600 mennesker av selvmord i Norge. Mer enn 6000 gjør selvmordsforsøk, og svært mange har selvmordstanker. Gradvis har vi fått økt oppmerksomhet om det store og komplekse samfunnsproblemet selvmord er i Norge. Ikke minst gjelder dette selvmord blant pasienter i psykisk helsevern. Den økte oppmerksomheten har flere årsaker. Men det er liten tvil om at Helsedirektoratets retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, som ble publisert i 2008, medførte en nødvendig økt oppmerksomhet på selvmord i psykisk helsevern.

I en registerstudie (Walby, Myhre, & Kildahl, 2018a) har vi vist at nesten halvparten av alle som dør i selvmord i Norge, er i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helsevern

eller rus i løpet av det siste året før sin død. Funnet bidro til en omfattende nasjonal interesse for og ønske om økte forebyggende innsatser. Et enstemmig Storting vedtok i april 2018 å be Regjeringen utarbeide en ny handlingsplan for selvmordsforebygging, særlig rettet mot pasienter under og etter behandling i spesialisthelsetjenestene innenfor psykisk helse og rus.

## BIOMEDISINSK VERSUS BIOPSYKOSOSIALT

Flere har hevdet at norsk selvmordsforebygging hemmes av en biomedisinsk dominans på feltet, blant andre Heidi Hjelmeland i overnevnte sak i Psykologtidsskriftet. Hun hevder at andre står for en lineær årsak-virkning-tenkning. Men hvem står egentlig for et biomedisinsk syn på selvmord og selvmordsforebygging? Til sammen har forfatterne av dette innlegget over 70 års erfaring på feltet, og biomedisineren har vi ennå ikke møtt på, verken i Norge eller internasjonalt. Derimot synes et biopsykososialt utgangspunkt å være grunnleggende i suicidologien, slik det også er i de fleste deler av helsetjenestene og profesjonsutdanningene både i Norge og andre land. Sosiale og psykologiske faktorer spiller en åpenbar rolle. Så godt som alle kunnskapsbaserte intervensjoner mot suicidal atferd er psykologiske, sosiale eller systemorienterte. Biologiske behandlingsformer har sin plass, men da hovedsakelig ved psykotiske tilstander og de mest alvorlige stemningslidelsene. Stadige referanser til biomedisinske perspektiver på selvmord baserer seg derfor ikke på en holdbar beskrivelse av hva som er den faktiske

**TEKST** Fredrik A. Walby, forsker / psykologspesialist Martin Ø. Myhre, master i atferdsvitenskap / vernepleier Anita Tørmoen, PhD / spesialist i pedagogisk-psykologisk rådgiving Anine T. Kildahl, master i sosialpsykologi Lars Mehlum, professor dr.med., psykiater Alle ansatt ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, Universitetet i Oslo

## ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

## SELVMORDS-FOREBYGGING



faglige orientering hos de aller fleste norske eksperter på selvmord og selvmordsforebygging.

### PSYKISKE LIDELSER VERSUS LEVD LIV

Sammenhengen mellom selvmord og psykisk smerte eller lidelse har vært kjent siden antikken. Selvmordsatferd er ofte sluttresultatet av en kjede av faktorer utløst av negative livshendelser med tap av verdier, mening og opplevelse av psykisk smerte. Noen ganger er det den psykiske lidelsen som i seg selv er den viktigste livsbelastningen, mens andre ganger utvikler psykisk lidelse seg som konsekvens av andre faktorer. Uansett er det godt dokumentert fra tallrike studier, metaanalyser og systematiske oversikter at det store flertallet av dem som dør i selvmord, hadde klare symptomer på en eller flere psykiske lidelser den siste tiden før dødsfallet (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003; Joiner, Buchman-Schmitt, & Chu, 2017), og den populasjonsattribuerbare risikoen er høy (Too et al., 2019).

Likevel kommer det stadig vekk påstander, på sviktende empirisk grunnlag, om at psykiske lidelser ikke spiller noen viktig rolle ved selvmord, og at helt andre risikofaktorer burde tillegges større vekt. Et eksempel er fagsjefen i Norsk psykologforening (Herheim, 2020), som bruker en kvalitativ studie basert på selvmord hos 10 menn til å slå fast at friske unge menn er en særdeles viktig risikogruppe, selv om denne studien *ikke* har undersøkt betydningen av psykiske lidelser. Hjelmeland har til og med hevdet at det å ha et sterkt fokus på psykiske lidelser er en medvirkende årsak til at selvmordsraten ikke har gått ned. At det å ha og benytte kunnskap om sentrale risikofaktorer skulle være en hemsko for forebyggingen, fremstår for oss som helt uforståelig.

Mange ser ut til å misforstå forskningslitteraturen ved å tro at alle som har en psykisk lidelse og dør i selvmord, også har vært i behandling. Det stemmer ikke. En metaanalyse viser at om lag 25 % av alle som dør i selvmord, var i kontakt med psykisk helsevern siste året før dødsfallet (Walby, Myhre, & Kildahl, 2018b). I Norge er dette tallet 45 % (Walby et al., 2018a). En relatert misforståelse er at dette skulle bety at alle disse selvmordene kunne vært forebygget, og at de alle således skyldes mangler eller svikt i behandlingen. Det medfører naturligvis ikke riktighet.

En kanskje mindre kjent feiloppfatning er at det eksisterer et slags universelt «dose-respons»-forhold mellom alvorsgraden og

varigheten av tilstanden og selvmordsfaren. Det medfører heller ikke riktighet. For mange tilstander er det en særlig økt risiko for selvmord tidlig i episodene, og ofte i perioder med betydelig funksjonsfall i for eksempel arbeids- eller familieliv. Psykisk lidelse som risikofaktor for selvmord er dynamisk og må forstås og behandles i en kontekst av mange øvrige forhold i personens liv. Systematisk bruk av kunnskapsbaserte intervensjoner for å behandle psykiske lidelser i sin kontekst er en av de aller viktigste selvmordsforebyggende strategiene vi kjenner.

### PREDIKSJON VERSUS KLINISK VURDERING

Suicidalitet er et begrep som omfatter alt fra selvpåført død via selvmordsforsøk til selvskading. Effektiv hjelp til mennesker med suicidal atferd krever at man gjør en vurdering av hva som er hva hos den enkelte pasient. Dette innebærer også å skaffe seg en forståelse av den enkeltes historie, aktuelle kontekst og psykiske tilstand her og nå. Vurdering av selvmordsfare må derfor alltid være en del av en samlet klinisk vurdering, aldri en isolert øvelse. Selvmord kan svært sjelden predikeres. Den viktigste grunnen til det er at selvmord tross alt, og heldigvis, er et lavfrekvent utfall – selv i høyrisikogrupper. At prediksjon av enkeltselvmord er umulig, har vært kjent i mange år (Belsher et al., 2019; Rosen, 1954) og fremheves også eksplisitt i gjeldende retningslinjer. Samtidig ville det være feil å derav slutte at vi ikke trenger å fokusere på selvmordsrisiko i behandling av personer med psykiske lidelser. Den viktigste grunnen er at en risikovurdering gir viktig informasjon som kan utnyttes i behandling, ved at man aktivt og direkte behandler selvmordsrisikoen. En sentral faktor i suicidalitet er håpløshet. I dag kjenner vi en rekke terapeutiske strategier som er nyttige og effektive for å redusere håpløshet. Men for å kunne behandle håpløshet trenger vi å identifisere den. Fokus på viktige aspekter ved suicidalitet gir mulighet for å bruke målrettede terapeutiske intervensjoner for suicidale pasienter. Det fremstår som et paradoks at samfunnet som helhet ønsker økt åpenhet om selvmordsproblematikk, samtidig som enkelte mener at man skal ha mindre fokus på dette i psykisk helsevern.

### UTFORDRINGER FREMOVER

Selvmordsforebygging i spesialisthelsetjenestene innen psykisk helse og rus bør være basert på best tilgjengelig kunnskap – ikke myter, misforståel-

ser eller frykt. Som Stangeland (2020) beskriver, er verken pasienter, pårørende, klinikere eller samfunnet som helhet tjent med at man lar frykten styre. Det beste tiltaket mot frykt er kompetanse. Vi trenger økt kunnskap om selvmord og selvmordsforebygging på alle nivåer, også blant psykologer, slik Stige og kolleger (2019) har vist.

Kritikere har tegnet et bilde av at selvmordsforebyggingen i Norge er i krise. Det er langt fra sannheten. Norge var tidlig ute med nasjonale strategier for selvmordsforebygging og ligger i dag rimelig langt framme på fagfeltet. Likevel er vi langt fra der at vi kan være tilfreds med innsats og måloppnåelse, blant annet fordi det satses altfor lite ressurser på forebygging og forskning på dette feltet. Heldigvis er to nye større satsinger nå underveis: De nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern er under revisjon. Her er det behov for å inkludere ny kunnskap som har kommet til siden første versjon kom i 2008, og ikke minst er det behov for en ny pedagogisk tilnærming rundt vurdering av selvmordsfare, som selv etter 12 år skaper så mye kontroverser (Walby, 2018). Helsedepartementet skal etter planen lansere den nye nasjonale handlingsplanen for selvmordsforebygging i 2020. Her må åpenbart flere aspekter enn psykisk helsevern inkluderes. Men det er vårt håp at planen også forholder seg til det opprinnelige enstemmige stortingsvedtaket som pekte på de store utfordringene med å få ned selvmordsdødeligheten for pasienter i rusbehandling og psykisk helsevern. ✕

## REFERANSER

- Belsher, B.E., Smolenski, D.J., Pruitt, L.D., Bush, N.E., Beech, E.H., Workman, D.E., Skopp, N.A. (2019). Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths: A Systematic Review and Simulation Prediction for Suicide Attempts and Death. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.0174.
- Cavanagh, J.T.O., Carson, A.J., Sharpe, M., & Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(03), 395–405. doi:10.1017/S0033291702006943.
- Hagen, J., Knizek, B.L., & Hjelmeland, H. (2020). Suicidalitet er relasjonell. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57.
- Herheim, Å. (2020). Å forstå psykologien bak selvmord er ingen sjekklisteoppgave. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
- Rasmussen, M.L., & Dieserud, G. (2018). Etterlattes erfaringer ved selvmord hos unge menn. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*(6). doi:10.4045/tidsskr.17.0571.
- Stangeland, T. (2020). Unnvikende selvmordsforebygging. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57, 216–218.
- Stige, S.H., Dundas, I., Schancke, E., & Hjeltnes, A. (2019). Kva mellomenneskelege situasjoner opplever norske psykologer oftast og som mest krevande?. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56.
- Walby, F.A. (2018). Hvorfor bør nasjonale retningslinjer revideres nå? *Suicidologi*, 23(3). doi:10.5617/suicidologi.6767. Hentet fra <https://journals.uio.no/index.php/suicidologi/article/download/6767/5845>
- Walby, F.A., Myhre, M.Ø., & Kildahl, A.T. (2018a). *1910 døde pasienter – Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – en nasjonal registerstudie*. Hentet fra [www.uio.no/kartleggingssystemet](http://www.uio.no/kartleggingssystemet)
- Walby, F.A., Myhre, M.Ø., & Kildahl, A.T. (2018b). Contact With Mental Health Services Prior to Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services*, 69(7), 751–759. doi:10.1176/appi.ps.201700475.
- Østlie, K. (2020). Ryggen fri – Risikovurderinger av selvmord kan overdrives. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(1), 42–45.



Det beste tiltaket mot frykt er kompetanse

### DEBATT PÅ NETT:

#### Fortsatt kandidat

Jeg respekterer at valgkomiteen har innstilt Arnhild Lauveng til vervet som ny visepresident for Psykologforeningen, og mener at hun vil kunne gjøre en svært god jobb dersom hun blir valgt. Samtidig ønsker jeg å formidle at jeg opprettholder mitt kandidatur, skriver Heidi Wittrup Djup. Les mer på [psykologtidsskriftet.no](http://psykologtidsskriftet.no)

# Selvmordsvurdering er helt nødvendig

Det er avgjørende å vurdere om pasienten er i akutt selvmordsfare. Hvordan skal man ellers kunne iverksette beskyttende tiltak?

## TEKST

Øivind Ekeberg, spesialrådgiver og professor emeritus og Erlend Hem, fagsjef og professor, begge Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo

## SELMORDS-FOREBYGGING

**I ET INTERVJU** i *Tidsskrift for Norsk psykologforening* er Kristin Østlie kritisk til de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Kritikken er basert på hennes doktoravhandling, der hun undersøkte 19 pasienter og deres terapeuter gjennom ett år. Det er fortjenestefullt å studere terapeutiske prosesser hos pasienter med selvmordsatferd, og Østlie ble tildelt prisen «Årets doktorgrad» under Psykologforeningens psykologikongress. Det er imidlertid vanskelig å se at funnene gir grunn til å være så kritisk til de nasjonale retningslinjene som intervjuet gir inntrykk av.

### «KRONISK SUICIDAL» BØR IKKE BRUKES

I avhandlingen står det at alle pasientene var «suicidale» da de ble skrevet ut fra døgnavdeling og begynte i poliklinisk behandling. Det er uklart hva som menes med dette, men det er lite sannsynlig at pasientene var i akutt selvmordsfare. En psykiatrisk avdeling ville neppe finne det forsvarlig med utskrivning, og en poliklinisk behandler ville ikke være villig til å overta ansvaret når pasienten er i en slik tilstand.

Ved å lese Østlies avhandling får man inntrykk av at pasientene i terapiene i hovedsak har hatt selvmordstanker, men uten å være akutt selvmordstruet. Det framgår ikke hvor mange som ble vurdert å være i akutt selvmordsfare, eventuelt ble innlagt på grunn av slik fare eller gjorde selvmordsforsøk. Det er viktig å skille mellom tanker, planer, forberedelser og forsøk. Vi har derfor argumen-

tert for at uttrykket «kronisk suicidal» ikke bør brukes.

### LITE NYANSERT

Østlies kritikk, slik den framkommer i artikkelen, virker lite nyansert og lite konkret. Det er vanskelig å se om hun mener at det er positive sider ved retningslinjene.

Hun forteller at individuelt tilpasset behandling er helt sentralt i arbeidet med suicidale pasienter i psykisk helsevern, og at dagens standarder i verste fall kan stå i veien for denne måten å jobbe på. Det står ingenting i retningslinjene som tilsier at man ikke skulle anvende individuelt tilpasset behandling. Tvert imot understreker retningslinjene betydningen av kompetent og tilgjengelig personell som møter pasienten med omsorg og respekt.

I intervjuet hevdes det at det ikke var så viktig om pasient og behandler snakket sammen om selvmordsfare eller om andre livstemaer. Vi er uenige i dette. Det er avgjørende å snakke om det når pasienten er i akutt selvmordsfare. Hvordan skal man ellers kunne iverksette beskyttende tiltak?

### NYTTIGE RETNINGSLINJER

Ifølge Østlie tyder funnene i avhandlingen på at det av og til kan være en fordel at terapeutene ikke benytter anbefalte metoder for å evaluere pasientenes selvmordsfare. De nasjonale retningslinjene er først og fremst nyttige for å vurdere og å iverksette tiltak ved akutt selvmordsfare. Det er anbefalt å spørre alle pasienter i psykisk helsevern om de har eller har hatt selv-



mordstanker eller selvmordsplaner, og om de noen gang har gjort selvmordsforsøk. For pasienter som svarer bekreftende på dette, anbefales det å foreta en grundig og systematisk vurdering av selvmordsrisiko med følgende tema:

- Har pasienten selvmordstanker?
- Er tankene til stede hele tiden / av og til?
- Har pasienten selvmordsplaner, og hvor konkrete er disse?
- Hører pasienten stemmer som sier at han/hun skal ta livet av seg selv eller andre?
- Har pasienten uttalt håpløshet eller dødsønske?
- Har pasienten tilgang til våpen, farlige medisiner m.m. i hjemmet?

Vi har vanskelig for å se hvorfor det skulle være uheldig å gå fram på denne måten. Terapeuter i psykisk helsevern har forskjellig erfaring. Noen er så erfarne at de kan stille sentrale spørsmål uten å bruke skjemaer. For mindre rutinerne behandlere kan det være en støtte å vite hvilke spørsmål som kan være avklarende.

### BESKYTTENDE TILTAK

Østlie mener at det ikke er noen evidens for at slike vurderinger kan predikere selvmord. Vi er uenige også i dette. Daglig legges det inn pasienter i norske sykehus etter selvmordsforsøk. Noe av det første vi gjør etter den livreddende behandlingen, er å vurdere om det fortsatt foreligger selvmordsfare. Ofte finner vi at det gjør det, og vi iverksetter beskyttende tiltak. En del av pasientene har så høy selvmordsrisiko at de blir innlagt i psykiatrisk avdeling, mange ganger med tvang. Hvorfor skulle vi gjøre det hvis det ikke er mulig å forutsi selvmord?

Det er mulig at praksis har blitt for rigid, slik at noen behandlere ramser opp statistiske risikofaktorer gjentatte ganger for å ha ryggen fri, slik Østlie nevner. Muligens har også tilsynsmyndighetene vektlagt slik dokumentasjon for tungt. En kort begrunnet vurdering av om det foreligger akutt selvmordsfare, burde være tilstrekkelig.

Vi mener at det var et stort framskritt da retningslinjene kom i 2008. Det førte blant annet til langt større oppmerksomhet rettet mot selvmord som helseproblem. Retningslinjene skal nå revideres. I en slik revisjon er det viktig å ta vare på de gode tiltakene som allerede finnes der, og ikke kaste barnet ut med badevannet. ✕

### REFERANSER

- Halvorsen P. (2019, 5. september). Hevder nasjonale standarder strider mot god behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/2019/09/hevder-nasjonale-standarder-strider-mot-god-behandling>
- Østlie K., (2018). *Listening to suicidal patients in psychotherapy: how therapeutic relationships may expand patients' prospects for living their lives* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo.
- Ekeberg Ø, Hem E., (2017). Kronisk suicidal? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 11. doi: 10.4045/tidsskr.17.0630
- Sosial- og helsedirektoratet (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. IS-1511. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Ekeberg Ø, Hem E. (2017) Kan vi forutsi selvmord? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 21. doi: 10.4045/tidsskr.17.0573



For mindre rutinerne behandlere kan det være en støtte å vite hvilke spørsmål som kan være avklarende

### DEBATT PÅ NETT:

#### Etikk om etikk

Då eg fekk Nina og Knut Dalen si bok i hende vart eg forundra. Ikkje nokon stad er det nemnt, eller referert til mine og/eller mine europeiske kollegaers tekstar, skriv psykologspesialist Haldor Øvreide. Les hele teksten på [psykologtidsskriftet.no](https://psykologtidsskriftet.no).



# Uryddige prosesser i Oslo lokallag

Jeg er oppriktig bekymret for ukulturen som har utviklet seg i Oslo lokalavdeling.



## TEKST

Rudi Myrvang,  
medlem av Oslo  
lokallag

## FORENINGS- DEMOKRATI

**I LENGRE TID** har jeg vært bekymret for ukulturen som har utviklet seg i Oslo lokalavdeling, en bekymring jeg også fremførte på lokalavdelingsmøtet 2. mars. Oslo-styret har i Psykologtidsskriftets marsutgave beklaget at de ikke gjennomførte valget av landsmøtedelegater i tråd med vedtektene. Det skjedde etter at Ingrid Stjerne Tisløv og Jørgen Flor stilte spørsmål ved nominasjonsprosedyren i lokallaget.

Jeg mener at problemet stikker dypere enn det lokallagsleder Birgit Aanderaa gir uttrykk for i sitt innlegg. Før landsmøtet i 2019 hadde både Aina Holmén (som nylig trakk seg som kandidat til visepresidentvervet og som varamedlem til sentralstyret) og jeg store problemer med å komme i kontakt med lokallaget før landsmøtet, slik at vi kunne presentere våre kandidatur til sentralstyret.

I forbindelse med valgte til nytt lokallagsstyre i Oslo var det merkelig at vi bare fikk én dag på oss til å presentere oss (og sende inn bilde), særlig når prosessen kun baserer seg på den skriftlige presentasjonen og det ikke gjennomføres intervju med kandidatene. For ordens skyld: Jeg spurte alt den 9. januar om informasjon om hva valgkomiteen trengte av informasjon fra meg. Svaret jeg fikk, var at valgkomiteen skulle «ha et møte», uten at jeg hørte

fra komiteen igjen før den 14. februar. Da var svaret at de trengte informasjonen dagen etter.

Verken Aina Holmén, den klart mest erfarne kandidaten, eller jeg ble innstilt. Valgkomiteen begrunner dette med at den har jobbet for et bredt sammensatt styre. Da er det vanskelig å forstå at de ender opp med kandidater som i overveiende grad kommer fra tillitsmannsapparat og spesialisthelsetjenesten.

Jeg ser med bekymring at Holmén begrunner sitt valg om å trekke seg fra sine verv med det hun opplever som uryddige arbeidsprosesser og prinsipielle vedtak fattet av det nye sentralstyret. Hun er også bekymret for utviklingen mot en tydeligere fagforeningsprofil, en begrunnelse som samstemmer med Heidi Tessands begrunnelse for å trekke seg som visepresident. Også lokalt i Oslo erfarer jeg at flinke styremedlemmer trekker seg på grunn av uutholdelige prosesser. Det gjør at jeg føler meg forpliktet til å melde fra om min bekymring. ✕

Røv og Rolfsjord svarer på Myrvangs innlegg på neste side.

**FORENING OG VALG** Alle kandidatene ble likebehandlet i denne prosessen, skriver valgkomiteen i Oslo. Foto: Nora Skjerdingsstad



**TILSVAR:**

## Kjenner oss ikke igjen

Myrvang kritiserer valgkomiteens arbeid med valget av nytt styre i Oslo lokalavdeling. Vi kjenner oss ikke igjen i kritikken.



**VI ØNSKER Å** kort redegjøre for vårt arbeid. Vedrørende valgprosessen i Oslo lokallag, ble det sendt ut e-post 21. januar i år til alle medlemmer om årsmøtet 2. mars. I invitasjonen til årsmøtet, ble det også oppfordret til å foreslå kandidater til styret ved å sende en kort presentasjon av kandidaten til valgkomiteen innen 10. februar. Det ble videre informert om at valgperioden var fra 17. februar til 1. mars. (Senere forlenget til 2. mars, kl. 21, slik at man kunne stemme under selve årsmøtet). Dagen etter fristens utløp, gikk valgkomiteen gjennom de innkomne forslagene, og på formiddagen 12. februar fikk de som hadde meldt interesse for å stille til valg, en e-post om at det var fint om de som ikke alt hadde gjort det, sendte inn informasjon om seg selv til neste dag. De som ikke hadde anledning på så kort varsel, fikk utsettelse, og de som ikke besvarte e-posten ble purret på.

Siste mulighet for innsending var 15. februar. Basert på den informasjonen vi da hadde fått

tilsendt, kom valgkomiteen med en innstilling til styresammensetning.

Medlemmene i Oslo lokalavdeling hadde deretter anledning til å stemme på alle kandidater, også de vi ikke hadde innstilt. Dette ble gjort elektronisk, men fristen ble satt til kl. 21 kvelden for årsmøtet, slik at det også var anledning til å stemme basert på de muntlige presentasjonene som ble gitt under årsmøtet. Instruksjoner for stemmegivning ble presentert klart både per e-post og muntlig på møtet.

Styret består derav av de kandidater som fikk flest stemmer i dette åpne valget, i dette valget var det også kandidater som ikke var innstilt som ble valgt inn i styret.

Alle kandidatene ble likebehandlet i denne prosessen, og vi ga vår innstilling med mål om bredest mulig sammensetning med utgangspunkt i de som hadde meldt seg. ✕

**TEKST**

Lars Gregorius Røv og  
Cilje Sunde Rolfsjord,  
Valgkomiteen Oslo  
NPF 2018-2020.

**FORENINGS-  
DEMOKRATI**

# Helsevesenet blir ikke billigere i drift

Vi må slutte å se på kostnadsøkningen i helsesektoren som et problem.



## TEKST

Noralv Veggeland, professor i offentlig politikk, Høgskolen i Innlandet, Lillehammer

## HELSEØKONOMI

**EFFEKTIVITET** er blitt et «must»-begrep i den politiske nyliberalismens dominante maktutøvelse i vestlige land. Det dreier seg om å øke konkurranseevnen i all samfunnsvirksomhet fra velferdstjenester til industriell produksjon. Det framstilles ideologisk som et nødvendig gode for individ og samfunn uten diskusjon. Men nå kommer en fagbasert kritikk.

## BILER, FJOLINISTER OG HELSEARBEIDERE

I 2012 utkom en interessant bok redigert av William J. Baumol med tittelen *The Cost Disease. Why Computers Get Cheaper and the Health Care Doesn't*. Her skiller han mellom to typer næringer. I den ene har produktiviteten vokst i hele etterkrigstiden. Produktiviteten har skapt lønnsomhet og har fått lønningene noenlunde til å følge etter i form av reallønnsvekst. På den andre siden er det næringer eller sektorer som ikke følger denne utviklingen, men der lønningene og kostnadene tiltar uten at en tilsvarende produktivitetsvekst finner sted, eller i hvert fall i bare liten grad. Baumol nevner spesielt helse, omsorg, utdanning og utøvende kunst som eksempler på den siste typen. Han sammenlikner med et enkelt bilde av en to-sektor-økonomi: bilindustri og konsertorkester med strykere. Bilindustrien har utviklet seg ved å ta

i bruk automatikk og samlebåndsproduksjon, som videre har skapt grunnlag for konkurranseevne og lønnsvekst. I et orkester bestående av strykere kan ikke dirigenten uten videre fjerne noen av orkestermedlemmene uten at det rammer kvaliteten og dermed konkurranseevnen i kunstmarkedet. Lønningene følger den alminnelige lønnsveksten i samfunnet, mens produktiviteten til orkesteret holder seg stabilt lav.

Helse- og utdanningssektorene er i noenlunde samme posisjon som orkesteret, produktiviteten kan bare i liten grad heves. Begge disse to sektorene er avhengige av menneske til menneske-kontakt, det vil si at tjenestene er individuelle og personlige, og kan i bare liten grad erstattes med arbeidsbesparende teknologi. Som orkesterets konsert blir dårligere ved at strykere fjernes av produktivitetshensyn, vil pasientbehandling og utdanningen svekkes ved at antall helsearbeidere og lærere tas ut for å høyne produktiviteten. Dette eksemplet har svært mange forskere referert til i sine samfunnsanalyser.

## GJØR DET SELV-TJENESTER

Vi presses i dag mellom to motstridende tendenser. På den ene siden øker flommen av «gjør det selv»-tjenester og bruk av automatiseringsteknologi i form av roboter som trenger inn i

vårt privatliv, og gjør ting billigere. På den andre siden har vi de kollektive velferdstjenestene, tjenester gitt fra menneske til menneske, og som relativt sett blir dyrere og skaper en kostnadssyke i form av budsjettproblemer, skriver Pierre Rimbart i en kronikk i *Le Monde Diplomatique*, norsk utgave, juni 2013. Den motstridende tendens henger åpenbart sammen med den økende prisen på arbeidskraft som har skjedd de siste 20–30 årene. Innenfor tjenester der arbeidskraften kan erstattes med automatikk, blir det gjort for å senke kostnadene. Vi kjenner fenomenet fra vår erfaring med billett kjøp, banktjenester og betaling av regninger, eller mer generelt der hvor det er snakk om individuelle tjenester som kan erstattes med automatisering. «Gjør det selv» er en gjennomgangsmelodi på stadig flere samfunnsområder. Møbler monterer vi selv. Vi henvises til intrikate bruksanvisninger, mens IKEA og andre slipper å bruke arbeidskraft. Det oppstår et uheldig klasseskille som følge av kostnadssyken. For det er ikke alle som har duppedittene og ferdighetene som trengs for å utføre oppgavene, eldre mennesker, blant andre.

Automatiseringen av tjenester merker vi alle. Det reduserer produksjonskostnadene, og merkes derfor mest innenfor privat tjenesteyting, men gjennomtrenger også i noen grad de kollektive velferdstjenestene, slik som helse, omsorg, utdanning og kultur. Selv i helsevesenet merkes dette: Kirurgi utført av elektroniske presisjonsarmer blir mer og mer utbredt og representerer på dette området et stort framskritt. Vi ser også medisinske diagnoser og behandlinger i dag bli foreskrevet ved hjelp av datateknologi. «Gjør det selv» med avansert IKT-teknologi er på vei inn i behandlingsarbeidet (eMestring). Men i selve pleie- og omsorgsarbeidet kan mennesker bare i liten grad erstattes av maskiner. Derfor øker produksjonskostnadene. Veksten i utgifter til helse har vært betydelig. Gjennomsnittlig årlig vekst i denne tiårsperioden var 6,7 prosent, ett prosentpoeng høyere enn veksten i de samlede offentlige utgiftene (SSB).

### INNSATSSTYRT FINANSIERING

Budsjetter sprenkes, men mulighetene for automatisering er begrenset. Derfor vendes den politiske oppmerksomheten mot ledelse og ledelsesansvar i helseforetakene for å holde kostnadene nede. Det skyldes på dårlig styring og lav produktivitet i stedet for å gå til kjernen

av problemet. Det innebærer at man ser til økonomiske modeller fra privat sektor, der det skal styres mot målbare resultater og lønnsomhet. New Public Management (NPM) er blitt introdusert i det norske helsevesenet.

NPM har mange komponenter. En idé er at vi kan oppnå gode samfunnsøkonomiske resultater i de offentlige kollektive tjenestene ved å bruke en bedriftsøkonomisk logikk, der alt er resultatenheter, slik det blir praktisert i det private næringsliv. Vi snakker om innsatsstyrt finansiering i sykehussektoren. Faren for at den bedriftsøkonomiske tankegangen skal sette i gang en uproduktiv kamp om å unngå ulønnsomme pasienter, undervurderes grovt.

Automatisering og sosial dumping trenger inn i den delen av offentlig virksomhet som sitter med ansvaret for å produsere våre arbeidsintensive felles goder, der kontakt menneske til menneske er nødvendig. Vi må i dag skille mellom to typer produksjonsformer, og de påvirker hverandre. Slik det er blitt med betydelig vekt på privatisering, står de i et konkurranseforhold til hverandre. De konkurrerer, men på ulikt grunnlag. Private individuelle tjenester senker sine produksjonskostnader med automatisering og bruk av sosial dumping, det vil si ved å ta inn underbetalt arbeidskraft. De kollektive tjenestene fortsetter med menneske til menneske-tjenesteyting, men altså under press fra økende produksjonskostnader og truende budsjettunderskudd. Den siste type tjenesteproduksjon rammes av kostnadssyken, som innebærer å ta i bruk de samme mekanismene som privat individuell tjenesteyting har tatt i bruk. Trange budsjetter presser på for å redusere arbeidsstokken, og standardisering og automatisering av kommunikasjon blir løsningen.

### PERSONLIG INVOLVERING

Ifølge Baumol: Når teknologi erstatter mennesker, reduseres mengden arbeid som kreves for å produsere stadig flere varer og tjenester. Men vi har altså områder som helse, omsorg, utdanning og kultur, der produksjonen forutsetter stor innsats av personlig involvering. Å bytte ut pleiere, lærere og skuespillere med teknologi vil med nødvendighet bety dårligere pasientbehandling, undervisning og kulturtilbud.

Derfor må vi slutte å se på kostnadsøkningen som et problem, og i stedet se på disse kostnadene som rettmessig belønning for kvalitet, velferd og velgjerninger. ✕



Det skyldes på dårlig styring og lav produktivitet i stedet for å gå til kjernen av problemet

# Skal ikke lage kriterier for kvalitet

Landsmøtet vedtok at Psykologforeningen skal jobbe for å sikre faglige og forsvalige *rammebetingelser*, ikke utarbeide kvalitetskriterier.



## TEKST

Trond Andreassen,  
landsmøtedelegat  
fra Trøndelag

## LANDSMØTE- VEDTAK

**JEG HAR LAGT** merke til at det i flere sammenhenger uttales at Psykologforeningens landsmøte har vedtatt å lage kvalitetskriterier for psykologfaglig helsehjelp. Dette stod i tidsskriftets omtale av landsmøtet og nevnes i forbindelse med omtale av kandidater til visepresidentvervet (se psykologforeningen.no). Som deltaker på landsmøtet mener jeg å huske at vedtaksforslaget på dette punktet ble omarbeidet av en redaksjonskomité, og at begrepet kvalitetskriterier ikke forekommer i vedtaket. Etter å ha sjekket teksten i vedtaket får jeg bekreftet at så er tilfelle:

Landsmøtevedtaket lød:

Landsmøtet ber Sentralstyret oppnevne en arbeidsgruppe som beskriver:

- hvordan psykologer best tilegner seg klinisk ekspertise og terapeutferdigheter
- hvordan dette implementeres og opprettholdes uavhengig av metoder og arbeidsformer som brukes
- hvilke implikasjoner dette må ha for spesialistutdanningen i kommende landsmøteperiode
- utredning og eventuelle forslag til tiltak legges frem på neste landsmøte

Sentralstyret skal sørge for at det finnes en sammenhengende strategi for å drive intensivt systematisk påvirkningsarbeid i hele forvaltningslinja (blant annet Helse- og omsorgs-

departement, Helsedirektorat og RHF, HF) i helseforetakene for å sikre faglig forsvarlige rammebetingelser i spesialisthelsetjenesten.

Sentralstyret skal sørge for at det finnes en sammenhengende strategi for å drive systematisk påvirkningsarbeid for utvikling av kommunale tjenester.

Selv om dette punktet het «Kvalitetskriterier for psykologfaglig helsehjelp» på saklista, er det vel mer korrekt å si at landsmøtet vedtok at Psykologforeningen skal jobbe for å sikre faglig forsvarlige rammebetingelser i spesialisthelsetjenesten, ikke at man skal utarbeide kvalitetskriterier.

Som jeg sa i debatten på landsmøtet, kan jeg ikke stemme for et forslag som inneholder begrepet kvalitetskriterier. Det er fordi tankegangen om at man kan skape/sikre kvalitet gjennom å definere slike kriterier, måle oppfyllelse av slike kriterier og rapportere sine resultater, er en del av det problemet vi står overfor i helsetjenesten, ikke en del av løsningen. Det er denne tankegangen som ligger til grunn for den byråkratiseringen av det å yte helsehjelp som psykologer lider under, den tankegangen som ligger innebygget i ideologien om New Public Management. Det vi trenger i helsetjenesten, er ikke mer av denne ideologien, men rammebetingelser som gir rom for og støtter oppunder en terapeutisk praksis som samskapes av pasienten og en kompetent psykolog. ✕

**HENG LEGEFRAKKEN BORT** Hvorfor skal vi strebe etter å ville etterlignende legestanden?, spør psykologspesialist Kristin Nijs. Foto: Stephanie Lee Panos / Shutterstock / NTB scanpix

# Påtvungne diagnoser

Å stille som behandlingsbetingelse at psykologen skal sette diagnose, står i motstrid til psykologetikken og pasientens interesser.

**JEG HAR PÅBEGYNT** en spesialiseringsutdanning i emosjonsfokuset terapi (EFT). Metoden innebærer å arbeide «transdiagnostisk». I praksis settes ikke diagnosenavnet. I stedet beskrives symptomer og fungering i tråd med dokumentasjonsplikten i journalforskriften. EFT er godkjent til å inngå i spesialiseringsforløp for psykologstudenter på profesjonsstudiet og ferdigutdannede psykologer med eller uten annen spesialisering. 13. februar deltok jeg på Psykologforeningens journalføringskurs i Oslo. Et sentralt spørsmål var: Er psykologer i offentlig og privat praksis nødt til å sette diagnose?

## «Å GI DIAGNOSE ER HELSEHJELP»

Jeg forstod en av kursholderne, advokat Christian Zimmermann, slik: En autorisert psykolog er definert som helsepersonell, og *skal* sette diagnose. Å gi diagnose er helsehjelp. «Diagnostisk overveielse» som ikke munnner ut i en diagnose på lengre sikt, er ikke dokumentasjon god nok. Konklusjon: Dersom pasienten nek-

ter psykologen å skrive diagnose, må vedkommende avslutte behandlingen!

Dette oppfatter jeg er stikk i strid med god forståelse av fagetiske prinsipper om klientens integritet (Fagetiske retningslinjer for nordiske psykologer, og klientens rett til medvirkning, pasientjournalforskriftens formål § 1).

Å stille som behandlingsbetingelse at diagnose skal settes, synes jeg taler imot enhver psykologfaglig etisk forståelse og kan i verste fall stå i motstrid til pasientens interesser. Diagnoser er ofte knyttet til spørsmål/vurdering om medisinerer. Burde ikke det tilfalle legestanden, som skriver dem ut, gjerne på bakgrunn av dialog mellom lege, psykolog og klient?

## KLIENTENS MEDBESTEMMELSE

Spørsmålet bør være om «navnet på diagnosen» i seg selv er «nødvendig og relevant informasjon» for å sikre god kvalitet på den helsehjelpen/behandlingen som pasientens etterspør der og da. Eller om det *ikke* å sette diagnose »



**TEKST** Kristin Nijs, psykologspesialist

DIAGNOSTISERING

er til hinder for at helsehjelpen kan kontrolleres i tråd med lovens forsvarlighetskrav. Det er journalforskriftens formål (§ 1) om klientens medbestemmelse, personvern og rett til medbestemmelse, samt en diagnostisk overveielse (§ 6) som i tillegg til god yrkesetikk skal sikre dokumentasjonsplikt og behandling.

På spørsmålet mitt om hvilken paragraf i hvilken lov man bryter ved ikke å sette diagnose, er svaret § 6 i pasientjournalforskriften. Zimmermann påpekte at vurderingen av lovbruddets alvorlighetsgrad er avhengig av i hvor stor grad det får negative følger for pasienten. Men er diagnosen relevant og nødvendig informasjon for etterspurt helsehjelp her og nå? Herunder kommer respekten for klientens integritet, slik det fremgår i de fagetiske retningslinjene, og pasientjournalforskriftens § 1, som omhandler pasientens rett til medvirkning. Skal vi ta slik medvirkning på alvor, må vi vel også lytte til den som ikke vil ha eller trenger en diagnostisk vurdering av sin tilstand?

Flere på kurset, i privatpraksis, uttalte at de ikke kunne påtvinge klienten en diagnose, dersom det er i strid med klientens ønske. Pasienten oppsøker gjerne privatpraktiserende psykolog nettopp fordi diagnose er irrelevant for og/eller fordi de er skeptiske til et journalsystem som er blitt mer «åpent» i et offentlig system.

Jeg ble sittende igjen med inntrykk av at diagnose kan unngås på rimelig lovlig vis såfremt den «diagnostiske overveielser» journalføres og avviket begrunnes, men at jeg ikke kan unnlate å sette diagnose på lengre sikt.

### SKAL VI ETTERLIGNE LEGESTANDEN?

Da jeg var student, brukte vi psykologer DSM-systemet, legene brukte ICD. Vi var gode på symptomets funksjon og symptommønstre, mens legenes diagnosesystem baserte seg på kriterier for i hovedsak medisinske tilstander. ICD 10 har to versjoner, der den ene er mer klinisk rettet. Utviklere av DSM-systemet har bedt om unnskyldning fordi de nå ser at det først og fremst er legemiddelindustrien som tjener på diagnosesystemet. Hvorfor skal vi strebe etter å ville etterligne legestanden, som er så god på sitt, og som vi er et godt supplement til, vi som opprinnelig er «barn av filosofene»?

Bør vi ikke ta innover oss alvoret som følger av feilslåtte diagnosesettinger? Flere velger privat fordi diagnose ikke er interessant eller ønsket. Må vi påtvinge dem en diagnose? ✘

## Debattert

# Hjemmeskolen

**For slapt:** Vores pædagogik har været alt for slap i sidste uges hjemmeskole. Så fra på mandag skal der andre boller på suppen: Vi vil begynde med at teste børnenes læringsstil. Er de se-, høre-, røre- eller gørebørn? Det skal danne baggrund for, at de fremover tager ansvar for egen læring, fører log-bog over egen faglig udvikling og testes hver fredag, så vi kan sammenligne resultaterne med nabobørnenes. (...) Børnene ved det ikke endnu. De ligger stadig og sover, de små humane ressourcer.

*Fra Svend Brinkmanns egen Facebook-side, 21. mars*

**Strengt:** - Det går greit med hjemmeskole. Jeg føler at vi gjør mer hjemme, enn på skolen. Men så er mamma litt streng av og til!

*Nathalie Damm Larsen til Trav og galopp-nytt 21. mars*

**Vrien:** Kevin i 10. kl var vrien. Han sov i «timen», hadde med seg mobilen på «skolen» og var generelt ganske vanskelig. Da vi kranglet om et mattestykke om målestokk, så kastet han fra seg blyanten og sa oppgitt: Hvem er det læreren skal vurdere? Er det deg eller meg? (...) Han hadde rett. Hvorfor var det så viktig for meg at de skulle levere alt helt riktig? (...) Egenvurdering; strykarakter som hjemmeskolelærer, men viser tegn til forbedring.

*Iren Haug om sin første uke som hjemmeskolelærer, Namdalsavis 22. mars*

**Pauseknappen:** Satt på spissen var det kanskje på tide med en «pause» for menneskeheten? For å gjøre bevisste valg må vi først og fremst kjenne våre egne verdier, vårt syn på mennesker, for så å sette det inn i en større sammenheng. Vi må lære oss å reflektere, og for å komme dit trengs både strategier og redskap. Sosial læring vil kanskje igjen bli satt på agendaen i norsk skole?

*Johanne Jacobsen på Utdanningsnytt.no 23. mars*

**Utsatt:** - For barn som har det vanskelig hjemme, er skole og barnehager vanligvis en trygg sone der de blir møtt og sett daglig av andre voksne. Hit kan ikke barna komme nå, det gjør dem ekstra utsatt.

*Mari Hagve til Budstikka 23. mars*

**Innsats:** Sjølv om skolen er stengt, sitter tekstil-elevne i andre- og tredje-klasse hjemme og syr smittevernsfrakker. - Draktene er enkle å sy. (...) Med den lille innsatsen vi gjør, så håper jeg at vi kan få til litt forandring i hvert fall.

*Ida Marie Brønstad til VG.no 23. mars*

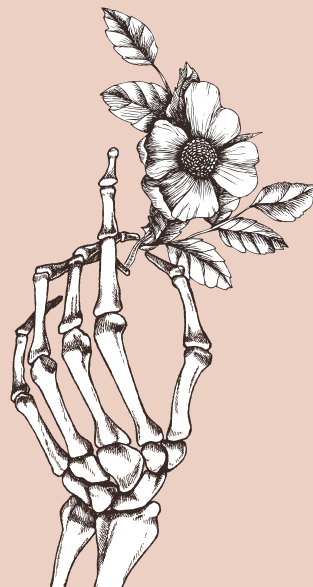




”

*Aktiv dødshjelp* illustrerer godt at forbud ikke nødvendigvis er det tryggeste valget, eller det som i størst grad bunner i medfølelse og ydmykhet

*Eirin Kolberg, psykolog og ph.d.-kandidat  
ved UiB om boka Aktiv dødshjelp.  
Les anmeldelsen på s. 314.*



xxx

## GRENSELØS FORELDRETRENING

Ved å tilby en kortvarig opplæring til alle som jobber med foreldreveiledning, står man i fare for å miste kvalitetssikringen, skriver Guro Øiestad om den emosjonsfokuserede nytgivelsen (s. 312).

### 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](mailto:ida.holth@psykologtidsskriftet.no).



# Kroppskartet

Traumepasienter kan etablere en selvbestemt og nytelsesfull seksualitet samtidig som de bearbeider egne traumer.

**TEKST** Anonym<sup>1</sup>

**S**eksuelle problemer etter seksuelle traumer har preget meg lenge, og jeg har mottatt flere ulike traume- og seksualterapeutiske behandlinger uten å bli bedre. Så kom jeg over den tyske fagboken *Sexualität und Trauma*<sup>2</sup> (2018) av Melanie Büttner, og podcastserien «Ist das normal?»<sup>3</sup> av *Zeitonline*, der Büttner medvirker. Hun viste meg en ny tilnærming til seksuelle traumer som gir mening.

Den tyske legen, psyko- og seksualterapeuten Melanie Büttner, og den østerrikske fysioterapeuten Karin Paschinger, som er medforfatter i to av de sentrale kapitlene i boken, har lenge behandlet pasienter med traumer etter seksuelle overgrep i barndommen. De har utviklet et interdisiplinært samarbeidsprosjekt som beskrives i to kapitler i denne boken. Behandlingen bygger på Rotschilds tanker om at traumer alltid er en psyko-fysiologisk erfaring, som etterlater dype psykiske og kroppslige spor. Seksualitet oppleves både psykisk og kroppslig. Ved å forbinde psyko-, traume-, seksual- og systemisk behandling med kroppsterapi omprogrammerer hjernen seg, ifølge Büttner. Behandlingene er fullverdige og komplementære, og foregår parallelt i tett samarbeid mellom terapeutene.

### TRE NØKKELEMENTER

Preget av pasientenes sterke historier kjenne-tegnet av å holde ut det uholdbare, selvhat og usikkerhet, utviklet Melanie Büttner og fysioterapeuten Karin Paschinger denne behandlingen. De tenkte at det kanskje ville hjelpe traumepasienter å snakke åpent om egne seksuelle problemer, før den stabiliserende behandlingen var avsluttet. De testet det ut med kvinnelige traumepasienter som var innlagt ved en døgnklinik. De innførte frivillige gruppesamtaler om seksualitet og samliv. Responsen var over all forventning. Det å ha et fellesskap for å drøfte samlivs- og seksuelle problemer, motta psykoedukasjon og avklare egne spørsmål var en viktig del av pasientenes prosess. Å kunne åpne seg for medpasienter og drøfte vanskelige og tabublagte temaer, som de fram til det tidspunktet ikke engang hadde våget å dele med sine partnere, ble en viktig bindende faktor i gruppen. Det medførte at gruppe-medlemmene utviklet omsorg og respekt for hverandre. Bare sjelden ble trauma-

- .....
1. Psykologtidsskriftet kjenner forfatterens identitet.
  2. På norsk «Seksualitet og traumer», min oversettelse
  3. På norsk «Er dette normalt?», min oversettelse

tiske minner trigget, og når dette skjedde, ble disse umiddelbart fanget opp av terapien.

Det tyske behandlerteamet innså raskt betydningen av at traumepasienter forstår at deres seksuelle problemer er knyttet til egen kroppssopplevelse og kroppslige symptomer. Derfor deltok Paschinger jevnlig på disse gruppesamtalene, og de utviklet en forståelse for at seksuelle problemer var et genuint psykosomatisk fenomen som krevde både en psyko- og en fysioterapeutisk tilnærming.

### BÜTTNERS BEHANDLINGSMODELL

Ved å integrere seksuelle temaer i behandlingen mens stabiliseringsfasen pågår, åpner Büttner for et paradigmeskifte. Gruppesamtaler skjer *samtidig* med psyko- og fysioterapeutisk behandling fordi tidlig integrering av emosjonelle og kroppslige seksuelle problemer kan være en nøkkelfaktor i pasientenes bedringsprosess.

Büttner ser pasientene med pasientenes briller. Mange lever i intime relasjoner, og trenger hjelp her og nå til å håndtere dette – istedenfor å vente til personen er mer emosjonelt stabil, e.l. Hun siterer en pasient slik i boken: «Hver dag er jeg utsatt for en utrolig belastning når mannen min ønsker seksuell kontakt, og i terapien får jeg ikke engang lov til å snakke om dette, fordi det angivelig er for belastende for meg. Men jeg ville vært så glad hvis noen ville drøftet dette sammen med meg» (Büttner, 2018, s. 229, min oversettelse).

Denne pasienten kunne vært meg. Før jeg kom over Büttners tenkning, har jeg båret mine seksuelle problemer alene, godt pakket inn i et tykt lag av skam. Terapien var rettet mot emosjonell stabilisering gjennom samtalerapi. Men minnene mine er lagret i kroppslige fornemmelser, som kvalme og smerter i den nedre delen av kroppen, og jeg mangler kognitive minner og bilder. Da blir det vanskelig for meg å bli bedre gjennom en kognitiv tilnærming alene.

Mens årene gikk, levde de kroppslige symptomene videre i meg. Jeg ble aldri invitert til å finne en ny tilnærming til min kvalme, hverken i individuell- eller i gruppebasert behandling, og følte meg alene med mine opplevelser. Jeg lot som om alt var greit, og kjente meg under et konstant press om å late som om jeg kunne nyte, oppleve lyst og imøtekomme de seksuelle behovene til min mann. Kvalmen blomstret i meg ved hver minste berøring. Forsøk på samleie var dømt til å mislykkes. Likevel holdt jeg



**BOK** *Sexualität und Trauma*

**FORFATTER**

Melanie Büttner

**FORLAG** Schattauer

**ÅR** 2018

**SIDER** 472





Før jeg kom over Büttners tenkning, har jeg båret mine seksuelle problemer alene, godt pakket inn i et tykt lag av skam

ut, fordi jeg ville være blant de vellykkede. Büttners teori gjorde at jeg endelig følte meg forstått og bekreftet.

#### HVOR VAR MITT FELLESSKAP?

Det ga meg håp. Jeg nevnte Büttners tilnærming for min mangeårige psyko- og seksualterapeut, som jeg fortsatt går i behandling hos. Ideen virket interessant, men ble avfeid med at dette ikke ville være gjennomførbart der vi bodde. Så ble jeg kort tid senere innlagt til en lengre behandling på en traumeklinikk, der jeg nevnte behovene mine. Dessverre var behandleren ikke interessert i det og gjorde det tydelig at det var hun som satt med den terapeutiske kompetansen. Ferdig snakket.

Men så begynte jeg forsiktig å snakke om den tyske behandlingen med mine medpasienter. De lyttet ivrig, og også de mest apatiske kviknet til. Selv om ikke alle var aktive i samtale, ønsket alle et skriftlig sammendrag. Det ble en sterk opplevelse. Jeg var ikke alene, norske og tyske kvinner var ikke så forskjellige allikevel. Gjennom årene har jeg møtt mange traumpasienter som lever alene eller i en parrelasjon, og mange av dem opplever nærhet som kvalmende og vondt. Denne problemstillingen er ikke ny. Tvert imot. Flere har lenge etterlyst at seksuelle problemer tas inn i behandlingen. Jeg kjenner en kvinne som tok det opp med det norske traumebehandlingsapparatet for over ti år siden. Ved å lese kapitlene til Büttner og Paschinger og drøfte innholdet med både min terapeut og min mann har jeg kommet ganske langt i min prosess. Dersom jeg hadde kunnet arbeide med dette tidligere, ville nok mannen min og jeg blitt spart for mye frustrasjon. Det kan nok tenkes at mange parforhold har blitt ødelagt fordi seksuelle problemer ikke inngår i behandlingen.

#### KROPPSLIGE PLAGER

Karin Paschingers fysioterapi foregår parallelt med Büttners psykoterapi. Dette fordi kroppslige plager er pasientenes forsvarsreaksjoner for å beskytte seg selv mot belastende og uholdbare sanseuttrykk. Disse er automatiserte prosesser som pasienter ofte hverken er klar over eller kan styre bevisst. For å få til en forandring kreves det fysioterapeutisk behandling som starter med å kartlegge symptomene på såkalte *bodymaps*, der pasienter registrerer sine kroppslige plager. *Bodymaps* er skjemaer som fylles ut både før og etter den kroppsterapeutiske behandlingen. Ved komplekse symptombilder kan flere plager opptre samtidig. *Bodymaps* viser hvor smertene og ubehagelige følelser er lagret i kroppen, og danner grunnlaget for det kroppsterapeutiske arbeidet. De benyttes også til å følge med i pasientenes behandling. Spektret av kroppslige plager er stort.

#### IKKE I SAMSVAR

I Norge er det skrevet svært lite om hvordan terapeuter bør arbeide med pasienter som strever med seksuelle traumer etter seksuelle overgrep i barndommen. Almås og Benestad ser ut til å være de eneste som behandler temaet, i det siste kapitlet av fagboken *Sexologi i praksis* (2017), som jeg har lest i et forsøk på å forstå mine egne opplevelser. Jeg kjente meg igjen i at problemene oppstod på det kognitive, følelsesmessige og kroppslige plan. Jeg var enig i årsaksbeskrivelsene og at det krevdes muligens også psykomotorisk ekspertise. Jeg delte erfaringen at mange kunne ha et velfungerende seksualliv i mer overfladiske relasjoner, men at det ble mer og mer ubehagelig når forholdet ble dypere, fordi en mer intim relasjon reaktiverte gamle opplevelser av overgrep.

Men så beskriver forfatterne et behandlingsforløp som ikke passet for meg. Forfatterne skiller mellom to behandlingsfaser, der den første må være avsluttet før man kan begynne med den andre. I første delen bearbeider pasienten sine overgrepsopplevelser, og i den andre delen utvikler pasienten sin seksualitet på egne premisser. De foreslår å skille behandlingsfasene fra hverandre i både tid og rom. For meg ble dette vanskelig å forstå, fordi de kroppslige minnene av tidlige barndomsovergrep i høyeste grad lignet på det som skjedde i intimt samvær i nåtid. Opplevelsene er ganske så like, og de sender de samme signalene til hjernen. Enkel berøring, stryke på hendene, kjenne partnerens pust, motta en klem, enhver form for uskyldig nærhet oppleves som triggere som reaktiverer traumeminnene. De fremkalte øyeblikkelig ubehagelige kroppslige fornemmelser og følelser.

I mitt tilfelle ville det foreslåtte opplegget betydd en ventetid på kanskje minst ti år, før jeg eventuelt ville vært klar for å etablere en seksualitet på egne premisser. Da sier det jo seg selv at en parrelasjon antageligvis ikke vil overleve denne prøven.

Videre virket det helt umulig for meg å klare å skille historien om overgrep fra historien om min egen seksualitet, fordi overgrepene i tidlig barndom har satt dype kroppslige og følelsesmessige spor i hjernen. Historien om overgrep vil alltid være der. Den må derfor anerkjennes og rommes. Hjernen min er dessverre ikke en harddisk der jeg kan slette minnene. Men det jeg kunne gjøre, var å videreutvikle seksualiteten for å ikke la de sterke kvalmende opplevelsene overstyre enhver form for intimt samvær.

## VEIEN VIDERE

Personlig har jeg lært mye bare ved å lese hvordan pasienter med et lignende symptombilde

som meg har blitt fulgt opp over tid, og hvordan også partnere har blitt involvert i behandlingen der dette var aktuelt. Da det ikke finnes et slikt behandlingstilbud i Norge, har mannen min og jeg begynt å utforske nye muligheter for å ha det bra med hverandre intimt. Vi bruker våre egne bodymaps, vi planlegger våre intime seanser, skaper rammer som er annerledes fra det jeg har opplevd tidligere, og forsøker på denne måten å skape en ny tilgang til en trygg og selvbestemt seksualitet. Det at jeg har blitt trygg på å snakke om mitt indre og mine plager, er i seg selv en helsefremmende og beskyttende faktor.

Takket være boken til Büttner og god støtte fra mine terapeuter, som nå har tatt dette perspektivet inn i behandlingen, er mannen min og jeg nå i en fase der vi begge opplever seksualitet som noe berikende og godt, og der også andre traumerelaterte symptomer ser ut til å ha blitt mindre. For ikke lenge siden var jeg på et oppfølgingsopphold på det behandlingsstedet jeg var innlagt tidligere. Resultatene av de psykometriske testene viste at jeg var blitt betydelig bedre og ligger innenfor normalen på en del områder.

I innledningen til boken skrives det at den er en oppfordring til både psykologer og seksualterapeuter til å legge bak seg fordommer om at det kan være destabiliserende å snakke om intime temaer. Boken åpner opp for at traumepasienter kan etablere en selvbestemt og nytelsesfull seksualitet samtidig som de bearbeider egne traumer.

Boken viste meg at mine reaksjoner var helt normale, og gjorde det mulig for meg å ta tak i dem sammen med mine terapeuter, min mann og gode venner. Jeg er overbevist om at det er mange kvinner som meg som også kan få det bedre gjennom en slik behandling. Disse perspektivene bør inn i fremtidig traumebehandling. Vi har behov for et godt liv allerede nå. ✖

## REFERANSER

Almås, E. og Benestad E. (2017). *Sexologi i praksis*. Oslo. Universitetsforlaget.

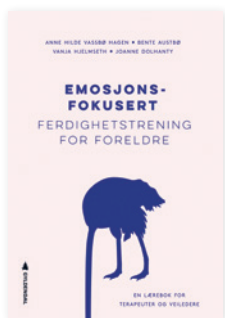
Büttner, M. (2018). *Sexualität und Trauma. Grundlagen und Therapie traumaassoziierter sexueller Störungen*. Stuttgart. Schattauer.

Feldenkrais, M. (1992). *Das starke Selbst*. Frankfurt a. M. Suhrkamp.

Rotschild, B. (2000). *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. New York. Norton.

# Foreldretrening uten grenser

*Emosjonsfokusert ferdighetstrening for foreldre* er en god lærebok – som kanskje går litt for langt.



## BOK

*Emosjonsfokusert ferdighetstrening for foreldre*

**FORFATTERE** Anne Hilde Vassbø Hagen, Vanja Hjelmseth, Bente Austbø og Joanne Dolhanty

**FORLAG** Gyldendal

**ÅR** 2019

**SIDER** 280

## ANMELDT AV

Guro Øiestad, psykologspesialist og førstelektor ved Psykologisk institutt, UiO

«**FOR BARNET** vil det være mye viktigere å oppleve at foreldrene prøver å forstå og hjelpe, enn at hjelpen blir satt ut til en behandlingsrelasjon», sier forfatterne i forordet til læreboka *Emosjonsfokusert ferdighetstrening for foreldre*. Jeg er i hovedsak enig, selv om barn også kan trenge direkte behandling. De siste årene har det kommet flere foreldreveiledningsmetoder som alle har samme kjernebudskap, nemlig å hjelpe foreldre til forstå barnet innenfra, validere følelser og gjennom det støtte barnets utvikling. Jeg tenker på Circle of Security Parenting (COS-P), Tuning into Kids (TIK) og emosjonsfokusert ferdighetstrening for foreldre (EFST), som alle er forankret i tilknytningsteori og nyere kunnskap om emosjonenes betydning. Selv kjenner jeg COS best, og synes derfor det var spennende å dukke ned i hvordan dette grunnleggende prinsippet blir håndtert innenfor emosjonsfokusert ferdighetstrening for foreldre (EFST), som er en av flere metoder innenfor Leslie Greenbergs emosjonsfokuserte terapi (EFT).

## VALIDERENDE FOSSEFALL

Det er mye som er vakkert og bra i denne læreboka for folk som skal bli EFST-veiledere. Forfatterne skriver nært og direkte, med et tilgjengelig språk og mange illustrerende eksempler, som gjør det lett å henge med. Boka etterlever «fossefallmodellen» – EFST-veilederen skal gjøre det samme overfor foreldrene som man vil at foreldrene skal gjøre overfor barnet sitt. Det er det samme emosjonelt validerende «vannet» som

skal renne gjennom alle heng i fossen: Boka er innlevende og validerende overfor leseren, slik at leseren kan bli en innlevende og validerende veileder, som hjelper foreldre til å bli emosjonelt validerende overfor sine barn. For min del går de nesten litt for langt innledningsvis når de i flere lange avsnitt gjentar hvor vanskelig det kan være å være forelder, veileder, terapeut. Det er først et lite stykke ut i boka jeg opplever å bli adressert som en fagperson som skal lære noe her.

Boka gir en innføring i FØL-modellen (Forstå følelser, Øk motivasjonen, Løs relasjonelle vansker). Vi får lære om primære og sekundære følelser, der de sekundære følelsene ofte dekker over eller er forsøk på å håndtere noe som er vanskelig. Videre får vi høre om adaptive og maladaptive følelser og følelsenes helt grunnleggende betydning for menneskelig utvikling og fungering. Og vi presenteres for kjernen i FØL-modellen og foreldreveiledningen: å møte barns emosjonelle behov gjennom å få øye på følelsene og validere dem på en empatisk måte. Vi får også en innføring i stolarbeid – et varemerke ved EFT. Forelderens blir invitert til å se for seg barnet i den andre stolen og forestille seg barnets indre opplevelser når han eller hun spiller ut en situasjon, og deretter være barnet ved å sitte i «andre-stolen». Underveis i prosessen jobber veilederen tett med å validere forelderens følelser, slik at det blir en dobbel prosess: Den voksne erfarer det forløsende i å bli støttet og forstått, og får samtidig trent på å leve seg inn i og forholde seg bekreftende til barnet sitt.

Et annet viktig element i FØL-modellen er å jobbe med foreldres motivasjon gjennom å avsløre «følefaller», som tilsvarer det som i COS kalles «haimusikk». Fellene dreier seg om vår tendens til å unngå hendelser som skaper ubehag eller trigger gamle sår i oss selv, altså at vi ubevisst blir mer motiverte til å beskytte egne følelser enn å forstå og imøtekomme barnas. Motivasjonsarbeidet dreier seg om å avdekke og komme forbi følefaller.

Sentralt i modellen står arbeid med å reparere følelsmessige sår. Forfatterne skriver godt og klokt om betydningen av at foreldre tar radikalt ansvar for det som har blitt vondt og galt, og sier unnskyld til barnet. Det gir mening, og jeg lar meg røre av fortellinger om umiddelbar symptomlette hos barn etter et ektefølt unnskyld fra foreldrene.

#### SLAGSIDER

Så langt, så godt. Boka gir en fengende innføring i EFST, men i begeistring over gode metoder kan vi psykologer lett gå for langt. Jeg synes denne boka har noen slagsider i så måte.

Først ved det som i metoden kalles *dyp* validering, som skilles fra *enkel* validering: «Ved dyp validering bruker vi flere setninger, gjenforteller historien med følelsene knyttet til, normaliserer vonde følelser og går tungt inn for å vise at vi prøver å forstå hvordan barnet har det» (s. 83). For meg blir eksemplene på dyp validering altfor ordrike, selv om jeg hører til den delen av befolkningen som er glad i og vant til å bruke ord. Jeg tror mange barn og voksne faller av de dype valideringene. Fossen av ord kan virke fremmedgjørende, slik jeg opplevde det innledningsvis i boka. En annen og mer alvorlig fallgrube ved dyp validering er faren for *feiltolkning*. Empatisk gjetning kan snublende lett bli skivebom gjennom feilslått eller invaderende tolkning. *Less is more*, får jeg lyst til å si. Forfatterne problematiserer selv dette, men ikke tilstrekkelig.

Dernest synes jeg boka er litt uklar og lettvinnet i begrepsbruken. Boka henvender seg til «EFST-veilederen», men begrepene «veileder» og «terapeut» brukes om hverandre, uten noen egentlig avklaring av forskjellen. Mot slutten refererer forfatterne til godt kjente funn i psykoterapiforskningen omkring relasjonens betydning for utfall av terapi. «Denne forskningen har overføringsverdi også til andre typer endringsarbeid», sier forfatterne, og det kan jeg være enig i. Men jeg faller av når de så sier: «Vi bruker derfor begrepet

terapeutisk relasjon også for samarbeidsrelasjonen mellom veileder og den som blir veiledet.» Det er problematisk at det ikke gjøres et skille mellom veiledning og terapi, selv om jeg også mener at god veiledning kan og bør inneholde terapeutiske elementer. Dyptpløyende terapi (som metoden inviterer til) har en annen kontrakt enn ferdighetstrening, kurs og veiledning.

Videre stusser jeg over at utdanningen er åpen for alle typer terapeuter og foreldreveiledere, uten nærmere spesifikasjoner. I e-postkontakt med Norsk Institutt for Emosjonsfokusert Terapi, som tilbyr EFST-utdanningen, får jeg vite at man ikke må være helsepersonell for å ta videreutdannelsen, som innebærer et fire dagers kurs. Med 15 timers veiledning i tillegg kvalifiseres man som EFST-terapeut. Det er ikke mye. Jeg synes dette ville vært greit hvis det faktisk dreide seg om rene kurs og ferdighetstrening. Men forfatterne sier eksplisitt at dyptgripende terapeutisk endringsarbeid ofte er nødvendig for at foreldre skal kunne komme i posisjon til å kunne validere sine barn, og dermed støtte barnas psykiske helse, særlig når noe er vanskelig å endre for foreldrene: «Følelsmessig aktivering og kontakt med maladaptive eller ubearbejdede følelser er avgjørende for at følefallen virkelig skal løses opp (...)» (s. 121).

Det er et stort ansvar for EFST-veiledere-/terapeuter å ivareta alt som kan aktiveres ved de inngående terapeutiske prosessene, særlig i store grupper med opptil 36 foreldre, som det åpnes for. Jeg tror på bokas beskrivelser av fine gruppeprosesser der foreldre heier på hverandre og hjelper hverandre i stolarbeidet. Men arbeidet som beskrives i metoden, framstår som såpass krevende og avansert at det muligens bør være forbeholdt folk med betydelig klinisk utdanning, som psykologer og familierapeuter.

#### FOR ALLE?

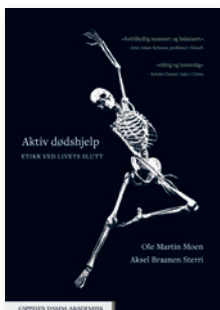
Boka gir et godt innblikk i en metode som opplagt kan være nyttig for veldig mange. Forfatterne viser til lovende forskning knyttet til emosjonsfokusert foreldreveiledning, og har selv enormt stor tro på metoden, ut fra sine erfaringer med den. Noen ganger synes jeg terapimiljøer går for langt i trademark-beskyttelse og krav til sertifisering for å få tilgang til herlighetene. Men her synes jeg man kanskje går for langt den andre veien. Ved å tilby en kortvarig opplæring til alle som jobber med foreldreveiledning, står man i fare for å miste kvalitetssikringen. ✘



Jeg lar meg røre av fortellinger om umiddelbar symptomlette hos barn etter et ektefølt unnskyld fra foreldrene

## Om verdighet og valgfrihet

Boken *Aktiv dødshjelp* er en konsis oppfordring til bred refleksjon om ubehagelige spørsmål.



**BOK** *Aktiv dødshjelp*  
– *Etikk ved livets slutt*  
**FORFATTERE** Ole  
Martin Moen og Aksel  
Braanen Sterri  
**ÅR** 2019  
**FORLAG** Cappelen  
Damm  
**SIDER** 130

**ANMELDT AV** Eirin  
Kolberg, psykolog og  
ph.d.-kandidat ved UiB

«**JEG MISTET VERDIGHETEN** og selvrespekten min. [...] Jeg garanterer at alle som tror at det ikke kan ha vært så ille, ville endret mening hvis de levde i kroppen min i én dag.» Ole Martin Moen og Aksel Braanen Sterri siterer selvmordsbrevet til Christopher Hill, som etter en ulykke levde med lammelser og store smerter. De stiller med det leseren foran den ubehagelige virkeligheten: Noen mennesker har det så vondt at de helst vil slippe å leve. Hvordan skal vi forholde oss til det?

Moen har doktorgrad i filosofi, Sterri er statsviter og doktorgradsstipendiat i filosofi. Spørsmålene som drøftes, er imidlertid like relevante for psykologer – og mange andre, uavhengig av fagbakgrunn. Hvem kan bestemme om mennesker som Christopher skal få lov til å dø? Det er fristende å fraskrive seg enhver evne til å vurdere dette i det hele tatt. Konsekvensene av å ta feil er for store, og problemstillingen berører for mange umulige spørsmål; hvilke liv er verdt å leve? Hva skjer med oss som individer, og som samfunn, om vi godtar at det av og til er greit å drepe? Når kan vi bestemme at en person skal fratras sin rett til selvbestemmelse? Utfordringer som angår moralske prinsipper, har en tendens til å føre folk ut i ekstreme motpoler, langt

fra vanskelige gråsoner der det er mulig å samarbeide om en konstruktiv meningsutveksling.

Derfor var det en lettelse å lese denne boken. Moen og Sterri er åpne om at de mener vi bør tillate aktiv dødshjelp. Det var også mitt utgangspunkt, men i løpet av gjennomlesingen måtte jeg likevel revurdere dette flere ganger. Argumentene for å tillate aktiv dødshjelp fremstilles i sammenheng med et bredt utvalg av motargumenter, både i form av etiske resonnementer, potensielle konsekvenser, og sitater fra debattanter. Og det er de mest overbevisende eksemplene som får mest plass, også på nei-siden av debatten.

### INVITERER TIL DEBATT

Forfatterne gjør seg sårbare for kritikk ved å gå inn i praktiske detaljer rundt gjennomføring og beslutningsprosesser, og ved å komme med konkrete forslag om hvem som bør få tilbud om aktiv dødshjelp. De drøfter ansvaret som blant andre psykologer og leger bør ha for å vurdere lidelsestrykk, beslutningsevne, og mulige kilder til bedring. De gjør det tydelig hva de mener, og hvorfor. De gjør det med andre ord enkelt for leseren å finne svakheter i argumentasjonen eller tenke seg problemstil-



linger som ikke blir belyst tilstrekkelig på litt over 100 sider.

På denne måten fungerer *Aktiv dødshjelp* ikke bare som en innføring til et bredt og splittende tema, men også som et eksempel på hvordan man kan invitere til en produktiv debatt. Heller enn å gjemme seg bak tvetydigheter, fagtermer eller retorisk akrobatikk oppfordrer boken til en aktiv og likestilt deltagelse ved å rydde i begreper, tydeliggjøre tolkninger, og gi oppklarende eksempler. Det gir et godt grunnlag for videre nyansering og diskusjon. Psykologer som jobber med folk i håpløse situasjoner, og som har erfaring med flere av de relevante vurderingene, vil kanskje bygge videre på dette grunnlaget.

Kombinasjonen av enkeltskjebner, empiri og meningsmålinger, relevant filosofisk teori og praktiske eksempler gjør at boken verken framstår for upersonlig og abstrakt eller som usaklig anekdotisk.

#### DEM DET GJELDER

Den aktuelle problemstillingen synliggjør et bredere poeng om respekt for menneskers selvbestemmelse, kanskje særlig når vi som fagpersoner og medmennesker er usikre på hva som er riktig avgjørelse. *Aktiv dødshjelp* er ikke ment som en fullstendig oversikt over alle mulige innvendinger og komplikasjoner. Det ville heller ikke vært rimelig å anta at motstanderne av aktiv dødshjelp er ferdig representert uten selv å ha kommet direkte til orde, uansett hvor redelig de blir framstilt. Tvilen omkring hva som er det riktige valget, er derfor fremdeles til stede hos meg etter gjennomlesing, men tvil trenger ikke å føre til berøringsangst. Et av hovedargumentene i boken er nettopp at vi på grunn av denne usikkerheten bør gi valget tilbake til dem det faktisk gjelder.

*Aktiv dødshjelp* illustrerer godt at forbud ikke nødvendigvis er det tryggeste valget, eller det som i størst grad bunner i medfølelse og ydmykhet. I praksis er heller ikke forbud et passivt eller nøytralt valg. Helsepersonell er allerede involvert i beslutninger om å avslutte livsforlengende behandling, selvmord forekommer dessverre uansett, og folk får uhelbredelige sykdommer. Moen og Sterri viser tydelig hvordan vi, ved å forholde oss til dette aktivt, kanskje heller kan være med og lette noen sider av denne lidelsen, og tillate folk i umulige situasjoner å beholde litt mer verdighet og valgfrihet. ❌

#### KLASSIKEREN



### Løfter frem den betydningen menneskerettigheter har for vår profesjon

Elisabeth Gording Stang og Nora Sveaass:  
*Hva skal vi med menneskerettigheter?* (2016).

Jeg er veldig takknemlig for den gode grunn- og videreutdanningen jeg har fått. Ett tema som likevel har manglet, og som jeg har lengtet etter, er hvilken betydning menneskerettigheter har for vår profesjon. Da jeg ble valgt inn i Psykologforeningens menneskerettighetsutvalg (MRU), var derfor ett av mine mål å jobbe for at psykologene som kommer etter oss, skal lære om dette i sine utdanningsløp.

Problemet var at jeg kunne svært lite om menneskerettigheter. Før mitt første møte i MRU, leste jeg derfor denne boken i panikk. Boken åpnet øyene mine og gav meg inspirasjon og bedre forutsetninger for å tilegne meg mer kunnskap. Den satte meg i stand til å reflektere rundt vår virksomhet og samfunnet vi lever i, på en ny måte, og tydeliggjorde hvordan menneskerettigheter kan anvendes som et praktisk verktøy innenfor vårt fagfelt. Jeg erkjente at kunnskapen om hvordan vi kan forhindre brudd og rette opp igjen skade, er noe som ligger i vårt fags natur. Vi vet hvor skadelig det er for mennesker å oppleve alvorlige menneskerettighetsbrudd, og kan derfor si noe om hvilke forhold som krever forebygging og behandling. Vi er i posisjon til å heve stemmen sammen med – eller på vegne av – dem som ikke blir hørt. Ikke minst har vi faglige forutsetninger for å påvirke menneskers liv – enten det er i det terapeutiske rommet, gjennom tjenesteutvikling eller på den øvrige samfunnsarenaen. Det gir muligheter vi må gripe. Denne boken forteller oss hvordan.

Heidi Wittrup Djup, daglig leder ved Klinikk for krisepsykologi, utfordrer kollega i Psykologforeningens menneskerettighetsutvalg (MRU)  
Karl Eldar Evang til å ta stafettpinnen videre.

## MINNEORD

**TERJE HARTMANN**

(1940–2020)



**PSYKOLOGSPESIALIST** Terje Christian Hartmann døde 19. januar 2020, bare måneder før sin 80-årsdag. Han ble uteksaminert som psykolog ved Universitetet i Oslo i 1969.

Fra 1985 til -88 var Terje redaktør i *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. På den tiden var dette en deltidsjobb. Samtidig som han var opptatt av å styrke det faglig innholdet, bidro Terje til den språklige kvaliteten i tidsskriftet. Hans ambisjon for tidsskriftet var todelt. Det skulle bli et tydeligere talerør for psykologstanden ved å bidra med helsepolitiske innspill, og det skulle bli et sted for publisering av vitenskapelige artikler fra norske forskere. I løpet av Terjes tid som redaktør ble det færre artikler i hvert nummer, men hver artikkel ble lengre og grundigere fordi det ble lagt omtanke i valg av metode og mer bruk av empirisk dokumentasjon.

Terje tilhørte en generasjon psykologer som har formet og preget moderne norsk psykologi og psykoterapi. Han var tidlig i sin karriere lærer og veileder for studentene ved det nyopprettede profesjonsstudiet ved Universitetet i Bergen. I den viktige pionertiden på 70-tallet deltok han i oppbyggingen av UiBs Klinikk for voksne og eldre. Her bidro han til å forme det som fremdeles er den norske psykologutdanningens varemerke: Studentene skal gjennom praktikum lære å drive psykoterapi. Mange år seinere var turen kommet til Universitetet i Tromsø. På slutten av 90-tallet gikk Terje igjen inn i en universitetsstilling, ved Institutt for psykologi, der han fikk være med på å forme og styrke den kliniske delen av studiet.

Da Terje som ung mann begynte på universitetet, var ikke planen å bli psykolog. Hans talenter og interesser gikk i retning av musikk og lyrikk. Psykologi sto for ham som et velegnet støttefag for planlagte studier i litteraturvitenskap. Men etter å ha avlagt grunnfag, var hans skjebne besejlet. Gjennom studiet orienterte han seg både i retning av eksperimen-

talpsykologi og klinisk psykologi, men ble etter hvert fanget av Freuds forfatterskap – ikke forbausende, gitt hans litterære interesse.

Terje traff sin partner gjennom 54 år, Ellen Hartmann, da de begge var studenter. Møtet ble begynnelsen på det som ikke bare ble et langt ekteskap, men også et spesielt og nært fellesskap mellom to psykoterapeuter. I årenes løp skrev de en rekke fagartikler sammen.

Etter årene i Bergen fikk Terje i to år være forskningsstipendiat ved Forskningsrådets senter for klinisk psykologi ved Psykologisk institutt ved UiO, før han gikk over til klinisk psykologisk arbeid på fulltid. Stipendiatstillingen kunne blitt starten på en akademisk karriere, men det var ikke i tråd med Terjes ønsker. Like engasjert som han var i undervisning og veiledning av studenter i psykoterapi, like tvilende og ironisk var hans forhold til empirisk psykoterapiforskning. Hans faglige engasjement var sterkt og tosidig. Det var både rettet mot terapeutiske teori-dannelser og mot praktisk utøvelse av terapi. Begge deler tok han med seg i sin selvstendige praksis som psykoterapeut.

Det kom en bok ut av Terjes periode som forskningsstipendiat. Tittelen *Opplevelseskonflikter* (1982) peker nettopp på det han oppfattet som psykoterapiens hovedutfordringer: Han ville kombinere den praktisk deltakelsen i terapeutiske samtaler med teoretisk forståelse av hvordan personlige erfaringer kan deles mellom to. Ulikheter i opplevelse preger kommunikasjon mellom mennesker i sin alminnelighet, og mellom terapeut og klient i særdeleshet. I boken formidler han sin normalpsykologiske forståelse av det som ofte ellers – i et reduksjonistisk språk – ble kalt for teknikker. Han kopler her psykiske problemer og lidelser til allmenne utfordringer i menneskelivet.

Selv om Terje hentet sin grunnleggende inspirasjon fra psykoanalysen, søkte han også særlig til kommunikasjons- og sosialpsykologien. Å drive psykoterapi var for ham å finne og bruke mulighetene som lå i den løpende samtalen mellom to, ikke å finne generelle lovmessigheter om hva slags kur som var til hjelp for spesifikke lidelser og plager. I artikler og bokkapitler – som han ofte skrev sammen med Ellen – vakte de sammen oppsikt ved å anbefale å gi mer direkte uttrykk for anerkjennelse og innlevelse enn det som var tidens standard. De uttrykte sin bekymring for om psykodynamisk terapi var i ferd med å ta en dogmatisk vending og bli for opptatt av regler for hva som burde skje. De argumenterte for at en psykodynamisk tilnærming var et hjelpemiddel til å følge med på og fange opp mangfoldet i det som skjedde. Det var mulig å være en varm og imøtekommende terapeut. I Terjes praksis kunne denne varmen uttrykkes gjennom humor og direkte tale. Empati er således ikke en forutsetning for terapi, men oppstår i møtet mellom en person som ber om hjelp, og en som er villig til å hjelpe.

*Hanne Haavind  
Ingunn Skre  
Odd E. Havik  
Svein J. Magnussen  
Sverre L. Nielsen*

## MINNEORD

**SISSEL REICHELT**

(1938–2020)



**PROFESSOR SISSEL REICHELT** døde brått 18. mars, 81 år gammel. Hun var aktiv både som psykoterapeut og forsker til det siste. Hennes lange karriere som psykolog startet i 1960, bare 22 år gammel, og hennes siste artikkel, skrevet sammen med Jan Skjerve, sto i *Psykologtidsskriftet* 3. februar i år.

Ingen i norsk psykologi har som Sissel kombinert teoretisk analyse med praktiske behandlingsmetoder. Hennes viktigste bidrag til psykologifaget har vært å stille spørsmål. Gjennom en kritisk og utforskende holdning til eget og andres arbeid mobiliserte hun mange til å være med og søke etter nye svar.

Det begynte med en artikkel i *Nordisk Psykologi* i 1972: «Er psykoanalytisk egopsykologi en modell som har mistet sin relevans i moderne barne- og ungdomspsykologi?». Hun gjennomgikk saker som viste hvordan behandlingspraksis oftest var basert på analyser av barnets personlighetskjenntegn og potensielle årsaker til skjevutvikling, samtidig som denne formen for utredning hadde liten nytteverdi for familier og barn som strevde. De sosiale sammenhenger barnet inngikk i, fikk lite oppmerksomhet. Sissel etterlyste mer interaksjonsorienterte forståelsesmåter, og inngangen til dette fant hun i sosial læringsteori. Hun prøvde ut en mer deskriptiv og observerende analyse av de utfordringene barnet hadde, framfor å lete etter forklaringer i barnets personlighet. Hun pekte på det som kunne være opprettholdende samspillsmønstre i barnets sosiale miljø. På denne måten åpnet hun en mer direkte og etterprøvable vei, fra forståelse til intervensjon og effekt, og viste til metoder som kunne anvendes i barns naturlige miljøer. Hennes mange år ved Lillehagen poliklinikk ga henne rike muligheter til å arbeide med barn og familier, og til å involvere studenter og kolleger i dette utviklingsarbeidet.

Da hun forlot stillingen som sjefpsykolog ved Lillehagen for å bli universitetslærer på full tid, var det for å svare på etterspørselen etter hennes kunnskap fra studentene ved Psykologisk institutt på Universitetet i Oslo. Her bygget hun opp en egen fordypningssekvens i den kliniske utdanningen, sosial-klinisk sekvens, basert på sosial læringsteori, kom-

munikasjonsteori og systemisk tenkning. Som lærer og forsker utvidet hun teorigrunnlaget og de praktiske metodene.

Sissel fant nye innganger til behandlingsarbeid i familierterapi, og var tidlig ute med å filme familierterapi timer og å anvende det reflekterende teamet i terapiarbeidet. Terapirommet skulle åpnes opp, alle skulle bidra, og alles forståelse var relevant. Hun var aktiv deltaker i forskningsteam som utforsket en familierapeutisk tilnærming i behandling for klientgrupper med særlige belastninger: Familier der det var mistanke om seksuelle overgrep, der noen av medlemmene hadde alvorlige rusproblemer, og i flyktningfamilier. I slike studier var det kvalitative og fortolkende metoder som gjaldt. Sissels aldri sviktende evne til å stille gode spørsmål, være genuint engasjert og lyttende og aldri ta ting for gitt gjorde henne også til en helt spesiell samtalepartner. Som medforsker og som veileder var det den terapeutiske dialogen hun ville forstå og videreutvikle.

Over lang tid har Sissel hatt en helt sentral rolle i spesialistutdanningen for psykologer. Hun var en av drivkreftene bak etableringen av Institutt for aktiv psykoterapi (IAP) i 1982. Etter nesten førti år driver faggruppene stadig en rekke spesialiseringsløp for kliniske psykologer. Forløperen til IAP var et forum for egenutvikling for Sissel og hennes nærmeste terapeutkolleger, der nye strømninger i faget ble lest og diskutert, utprøvd og diskutert på ny.

Sissel hadde en tydelig praktisk innretning på sin forskning og et reflektert teoretisk grunnlag for sin undervisning. Etter hvert ble hun også opptatt av veiledningsrelasjonen og dens betydning for terapeututvikling. Hun var en av initiativtakerne til å starte et systematisk opplæringsprogram i veiledning i regi av Norsk psykologforening. Sannsynligvis er hun den norske psykologen som har holdt flest veiledningskurs. Det er ikke mulig å anslå hvor mange psykologer som har hatt Sissel som inspirator og støttespiller i sin utvikling til å bli psykolog. Når så mange har søkt henne, skyldtes det ikke bare hennes faglige kompetanse, men også hennes holdninger i arbeidet med mennesker. Det er fristende å si om Sissel at hun var den fødte veileder – og hun gjorde andre gode. Gjennom sin evne til å ta andre på alvor, utforske og lytte med interesse, og bringe inn solid faglig kunnskap, ble hun en veileder som gjorde en forskjell for hver enkelt kandidat.

Gjennom livet hentet Sissel inspirasjon fra en rekke teoretiske kilder. Snarere enn å teste ut teoriens gyldighet i et deduktiv resonnement var hun opptatt av å ta teori i bruk på induktive måter. Resultatet måtte følges opp, god dokumentasjon var kasus-spesifikk. Generaliseringer var forslag. Hennes siste prosjekt – med Jan Skjerve – var å utvikle en relevant og gyldig metode for å beskrive og forstå endringsprosesser i psykoterapeutiske forløp. De ble partnere i alle betydninger av ordet. De kalte metoden Topic Change Process Analysis (TCPA) og publiserte sammen i internasjonale tidsskrifter.

Vi som sto Sissel nær, kommer til å savne hennes væremåte preget av utålmodig iver og skarp analytisk evne. Hun var konkret og utfordrende, og dessuten nysgjerrig, raus, og åpen for alt det uvanlige. I tillegg var hun en følgesvenn i fysisk utfoldelse, enten det var i treningsstudioet eller ute i naturen, til fots eller på ski. Ja, det er alt dette – som også ble en del av oss selv – som vi vil savne.

*Hanne Haavind  
Nora Sveaass  
Odd Arne Tjersland*



**NKI**  
Norsk Karakteranalytisk Institutt  
utdanning i karakteranalyse og kroppsorientert psykoterapi

## To-årig grunnseminar

Oppstart Oslo august 2020, Bergen september 2020 og Kristiansand januar 2021

## Videreutdanning i karakteranalyse og kroppsorientert psykoterapi

Vår utdanning fokuserer på ikke-verbal kommunikasjon med utgangspunkt i den norske tradisjonen etter Wilhelm Reich. Vi legger vekt på sammenhengen mellom kandidatens teoretiske forståelse og det som skjer i møtet med pasienten. Utdanningen gir en innføring i psykoanalytisk og karakteranalytisk teori og metode. Psykologer og leger kan søke, og det er et krav at kandidaten har minimum to års klinisk praksis. Grunnseminaret har et begrenset antall plasser og består av 200 timer undervisning over fire semestre.

Det er en forutsetning at kandidaten under utdanningen får veiledning hos godkjent karakteranalytiker og har pasienter i psykoterapi. Grunnseminaret inngår i den karakteranalytiske utdanningen som er godkjent som fordypningsprogram i spesialiteten i psykoterapi (Norsk psykologforening).

Søknadsskjema og ytterligere informasjon:  
[www.karakteranalyse.no](http://www.karakteranalyse.no)  
eller på telefon 412 56 600

Søknadsskjema sendes til [kontor@karakteranalyse.no](mailto:kontor@karakteranalyse.no)

**Søknadsfrist 1. mai for seminarer med oppstart på høstsemesteret.**

### LIVSENERGI

«Hvordan fremme terapeutens og klientens livsenergi gjennom erfarings-baserte intervensjoner?»

Livsenergi er en relasjonell faktor alltid tilstede i gjensidig samspill mellom klient og terapeut. Terapeuten trenger å oppleve livstilstanden i egen kropp for å føle virkningen av klientens. Grunningsprinsippet, energi-regulering i relasjon og spesifikke arbeidsformer gjøres kjent og erfart. Målsetningen er at terapeuten skal gjenkjenne energifenomener og bli kjent med grunnleggende reguleringsmuligheter, for seg selv og i relasjoner.

Kurset er erfarings-basert og teoretisk går over tre dager (21 timer). Det søkes godkjent som vedlikeholdskurs.

**KURSHOLDER:** Arild Hafstad, spesialist i klinisk psykologi og sertifisert bioenergetisk analytiker

**TID:** 25. september 2020 fra kl. 12 til 27. september kl. 13

**STED:** Sagveien 23c (Nibi), 0459 Oslo (parkeringsmuligheter)

**PÅMELDINGSFRIST:** 25. juni 2020 og ved innbetalt kursavgift: kr 6 000 til konto

**DELTAKERE:** Psykologer og leger

For nærmere påmeldingsinformasjon, send e-post til [energetic.and@live.no](mailto:energetic.and@live.no)

### Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **4. mai**, frist for å bestille annonse til mai-utgaven er **20. april**

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

[www.psykologtidsskriftet.no/annonserer](http://www.psykologtidsskriftet.no/annonserer)

Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

**facebook**



Nyhet!

## SRS-2

Kartlegging av sosiale kompetanse hos 2,5–69-åringar

**SRS-2**, Social Responsiveness Scale, Second Edition, er et standardisert mål på tilstedeværelsen og grad av sosial fungering og fleksibilitet innen autismespekteret.

I tillegg til å kunne brukes i utredningen av de helt små barna, er SRS-2 utvidet og omfatter i denne versjonen et selvrappportformat for voksne.

Utfylling tar mellom 15 og 20 minutter og SRS-2 egner seg derfor som et screeningsinstrument. Utredning med SRS-2 kan inngå i en helhetlig diagnostisk vurdering og være nyttig i planlegging og evaluering av tiltak.

[www.hogrefe.no](http://www.hogrefe.no)

 hogrefe



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.



Ida Marie Aasli  
Psykiolog  
LINK - Voksenspsykiatriske poliklinikk tjuvegan  
Tjuvegaten 17  
0457 Oslo  
ida.marie.aasli@psf.no  
Kongsvikveien 37  
0350 Tjuvegan



Norsk psykologforening  
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

## Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på  
**www.psykologforeningen.no**  
**Min medlemsside**  
eller send e-post til  
**medlemsservice@psykologforeningen.no**

### 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](http://www.psykologforeningen.no) under «Kurs og konferanser» og [www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen](http://www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen).

Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 5 950 per måned eller kr 1950 per uke kan annonsen vises på forsiden av [www.psykologtidsskriftet.no](http://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](http://www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser)*

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
5	20.04	04.05
6	15.05	02.06
7	18.06	01.07
8	17.07	03.08

#### ANNONSEFORMATER

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

#### 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](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33.





## Raven's 2

### Raven's 2 Progressive Matrices

Ravens matriser er en internasjonalt kjent test for ikke-verbal vurdering av generelle evner. Testen har vært i bruk i mer enn 70 år, både i kliniske og arbeidspsykologiske sammenhenger. Raven's 2 er en revidert versjon som erstatter samtlige tidligere versjoner. Alle oppgavene er nykonstruerte og kan for første gang også administreres digitalt, noe som gir økt fleksibilitet. Den nye versjonen har europeiske normer, hvor normdata fra Norge, Sverige og Danmark er inkludert, og kan brukes i alderen 4:0–69:11 år.

Prøv Raven's 2 på Q-global uten kostnad. Kontakt oss på [digital@pearson.com](mailto:digital@pearson.com)

Les mer på [pearsonclinical.no/ravens2](https://pearsonclinical.no/ravens2)

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 Stavanger-/Sandnesområdet

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Stavanger-/Sandnesområdet er ledig omgåande.

#### Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

- erfaring og praksis, medrekna erfaring som spesialist
- eigenskapar for heimelen
- innretning av praksis
- 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 Stavanger ved Sandnes DPS om oppgåvefordeling og for å sikre rett prioritering og gode pasientforløp. Det blir forventa at avtalespesialisten også tar imot pasientar som vert tilvist frå Helse Stavanger ved Sandnes DPS. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle avtalen mellom Helse Vest og avtalespesialisten. Avtalepraksisen skal i samarbeid med Helse Stavanger 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.**



Helse Midt-Norge RHF er ett av fire regionale helseforetak i Norge. Disse eies av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og skal sørge for at befolkningen får tilgang på spesialiserte helsetjenester med god kvalitet. Helse Midt-Norge RHF har overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten i Trøndelag og Møre og Romsdal. Virksomheten er organisert gjennom 4 helseforetak som eies av Helse Midt-Norge RHF. I tillegg er Helse Midt-Norge IT (HEMIT), Driftsenteret for logistikk og økonomi og Helseplattformen en del av Helse Midt-Norge RHF. Den samlede virksomheten omfatter ca 22 000 medarbeidere og et årlig budsjett på vel 21,8 milliarder kroner.

#### Stjørdal

### 100 % avtalehjemmel i klinisk barne- og ungdomspsykologi - Stjørdal

Helse Midt-Norge RHF har ledig 100 % avtalehjemmel for spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi. Praksisen er i sin helhet konsentrert rundt arbeidet med barn og unge og er lokalisert i Stjørdal.

100% avtalehjemmel forutsetter 37,5 timers ukentlig arbeidstid i 44 uker pr. år, inkludert administrasjon av praksis. Databasert pasientadministrativt system forutsettes.

**Søknadsfrist: 30. april 2020**

frantz.no



## Psykologspesialist/ psykolog i TFCO

Vi søker etter en mannlig og en kvinnelig psykolog/psykologspesialist til to 100 % stillinger som kombinert individual- og familierapeut til TFCO-team i Trondheim,

Søk stilling og se full stillingsutlysning på jobbnorge. **JobbID: 182825**





Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region sør

## Psykolog/psykologspesialist (vikar)

Ønsker du å være en del av TFCO-teamet i Drammen?

Barne-, ungdoms- og familieetaten har egne enheter som driver med Treatment Foster Care Oregon (TFCO). Dette er en evidensbasert, tidsavgrenset og familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Metoden er utviklet som et alternativ til institusjons- eller annen gruppe-basert plassering. Ungdommen plasseres i et behandlingshjem som mottar tett oppfølging fra behandlingsteamet. Det arbeides samtidig med familie og øvrige relevante systemer rundt ungdommen, med målsetting om at ungdommen skal flytte hjem i løpet av behandlingstiden på 9-12 måneder. Behandlingsteamet består av behandlingsleder, familierapeut, individualterapeut for ungdommen, ferdighetstrener for ungdommen og behandlings-hjemskonsulent. Implementeringen av TFCO i Norge ledes av Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU) i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familieetaten. Behandlingsleder og terapeuter er tilgjengelig for behandlingshjem, ungdom og familier 24 timer i døgnet, 7 dager i uken.

### Arbeidsoppgaver/ansvarsområder

- Individualterapi med ungdommer etter TFCOs behandlingsprinsipper og praksis.
- Familierapi etter TFCOs behandlingsprinsipper og praksis.
- Deltakelse i utarbeidelsen av individuelle behandlingsplaner for ungdommer/familier i TFCO.
- Være tilgjengelig for ungdommer/familier.
- Deltakelse på ukentlige behandlingsmøter.
- Dokumentere/journalføre kliniske planer og aktivitet.

- Deltagelse i kvalitetssikringssystemet.
- Utføre andre løpende arbeidsoppgaver.
- Vikariere for behandlingsleder ved behov.

### Kvalifikasjonskrav

- Godkjent profesjonsutdanning i psykologi kreves.
- Det er ønskelig med erfaring fra arbeid med barn/ungdom med atferdsvansker og arbeid med familier.
- God kjennskap til metodens teoretiske fundament, dvs. systemteori, kognitiv terapi og sosial læringsteori.
- Det er et krav med førerkort kl. B.

### Personlige egenskaper

- Søkere må ha evne til å arbeide som en del av et behandlingsteam, være målrettet, systematisk og ha god skriftlig og muntlig fremstillingsevne på norsk og engelsk.
- En forutsetning for arbeidet er ønske om og mulighet til å kunne arbeide fleksibelt.
- Evne til å skaffe seg oversikt, jobbe strukturert og planmessig.
- Refleksjonsevne.
- Evne til å inspirere og engasjere.
- Initiativrik og resultatorientert.
- Stor arbeidskapasitet.
- Det vil bli lagt avgjørende vekt på personlig egnethet og gode samarbeidsevner.

### Kontaktinformasjon:

- Axel Helvig, behandlingsleder  
TFCO Drammen, tlf 466 10 886.
- Kyrre Lønnum, spesialrådgiver NUBU,  
tlf 930 90 451.

**Søknadsfrist: 19.04.2020.**

Se fullstendig utlysning og søk stillingen på [www.bufdir.no](http://www.bufdir.no)

Helse Sør-Øst RHF  
søker:



## Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Hamar

### Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,  
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,  
e-post [Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no](mailto:Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no)  
eller telefon 02411.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknads-  
skjema: [helse-sorost.no/ledigstilling](https://helse-sorost.no/ledigstilling)

**Søknadsfrist: 22. april 2020**



Helse Sør-Øst RHF  
søker:



## Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Kristiansand

### Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,  
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,  
e-post [Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no](mailto:Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no)  
eller telefon 02411.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknads-  
skjema: [helse-sorost.no/ledigstilling](https://helse-sorost.no/ledigstilling)

**Søknadsfrist: 22. april 2020**



Helse Sør-Øst RHF  
søker:



## Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Arendal

### Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,  
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,  
e-post [Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no](mailto:Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no)  
eller telefon 02411.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknads-  
skjema: [helse-sorost.no/ledigstilling](https://helse-sorost.no/ledigstilling)

**Søknadsfrist: 22. april 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](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)**  
og meld din interesse.



## NUBU – Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge søker FAGDIREKTØR TIL AVDELING UNGDOM

Vi søker etter en erfaren psykologspesialist med kunnskap og kompetanse om ungdom med atferdsproblemer og sammensatte vansker, og deres familier, samt erfaring og kompetanse innen implementering av forskningsbaserte behandlingsmetoder.

*NUBU sin målsetning er å medvirke til at barn og unge med atferdsproblemer og sammensatte vansker og familiene deres får hjelp som er forskningsbasert, relevant og individuelt tilpasset. NUBU har et nasjonalt ansvar for tjenestestøtte gjennom implementering, opplæring, veiledning og kvalitetssikring av tjenestetilbud. NUBU skal produsere og spre kunnskap og kompetanse om forebygging og metoder for behandling. Barnevernet, skoler og andre relevante tjenester er i målgruppen til senteret.*

Fagdirektør avdeling ungdom har et overordnet ansvar for implementering og fagutvikling knyttet til behandling for utsatt ungdom og deres familier. Ansvarsområdet for stillingen omfatter ledelse av avdelingens arbeid med implementering, kvalitetssikring og utvikling av forskningsbaserte behandlingsmetoder. Avdeling ungdom har et nasjonalt faglig ansvar for det kliniske arbeidet som utøves av behandlingsteamene i metodene avdelingen er involvert i. Dette innebærer omfattende og løpende samarbeid med nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere.

Arbeidet gjøres i samsvar med NUBUs strategi og i et forpliktende samarbeid med forskningsavdelingen, avdeling barn og eksterne samarbeidspartnere, nasjonalt og internasjonalt. Fagdirektøren inngår i senterets ledergruppe, og deltar i det pågående utviklingsarbeidet for hele senteret. Fagdirektøren rapporterer til administrerende direktør.

**Mer informasjon om stillingen finner du på [www.nubu.no](http://www.nubu.no).**

Søknad med CV sendes per e-post til [post@nubu.no](mailto:post@nubu.no).

Søkere bes dokumentere utdanning, yrkeserfaring og relevante publikasjoner.

**Spørsmål til stillingen kan rettes til Kristine Amlund Hagen, administrerende direktør, e-post [k.a.hagen@nubu.no](mailto:k.a.hagen@nubu.no) eller telefon 934 10 243 eller Bernadette Christensen, fagdirektør avdeling ungdom, e-post [bernadette.christensen@nubu.no](mailto:bernadette.christensen@nubu.no) eller telefon 902 06 105.**

**Søknadsfrist 15. april 2020.**

Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region øst

**MST-teamet i Østfold, region øst har ledig:  
Fast 100% stilling som MST-terapeut**

Barne-, ungdoms og familieetaten har egne enheter som driver med multisystemisk terapi (MST). Dette er en tidsavgrenset, familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Terapeutene jobber i hjem, nærmiljø og skole med foreldre og ungdom, der ungdommen står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet. MST er en evidensbasert metode utviklet i USA, og implementeringen i Norge ledes av NUBU, datterselskap av NORCE. I Region Øst drives det totalt seks MST-team. Et team består av tre-fire terapeuter og en veileder som er faglig og administrativ leder av teamet. Behandlingen er tilgjengelig 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. Tilgjengelighet er regulert gjennom egen avtale for MST-terapeuter, og er godt økonomisk kompensert. Stillingen innebærer selvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling gjennom ukentlig veiledning og regelmessige fagseminarer.

Spørsmål om stillingen rettes til psykolog Kenneth G. Ulland på telefon 466 16 302.

**Søknadsfrist 19.04.2020.**

Se fullstendig utlysning og søk på [bufdir.no](http://bufdir.no)

**Helse Sør-Øst RHF  
søker:**



## To ledige 100 % avtalehjemler i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Flekkefjord

**Nærmere opplysninger:**

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,  
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,  
e-post [Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no](mailto:Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no)  
eller telefon 02411.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknads-  
skjema: [helse-sorost.no/ledigstilling](https://helse-sorost.no/ledigstilling)

**Søknadsfrist: 22. april 2020**



**Helse Sør-Øst RHF  
søker:**



## Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Lillehammer

**Nærmere opplysninger:**

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,  
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,  
e-post [Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no](mailto:Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no)  
eller telefon 02411.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknads-  
skjema: [helse-sorost.no/ledigstilling](https://helse-sorost.no/ledigstilling)

**Søknadsfrist: 22. april 2020**



**Helse Sør-Øst RHF  
søker:**



## Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til bydel Alna, Bjerke, Stovner, Østensjø, Grorud eller Søndre Nordstrand

**Nærmere opplysninger:**

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,  
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,  
e-post [Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no](mailto:Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no)  
eller telefon 02411.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknads-  
skjema: [helse-sorost.no/ledigstilling](https://helse-sorost.no/ledigstilling)

**Søknadsfrist: 22. april 2020**



**Helse Sør-Øst RHF  
søker:**



## Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Buskerud

**Nærmere opplysninger:**

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,  
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,  
e-post [Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no](mailto:Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no)  
eller telefon 02411.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknads-  
skjema: [helse-sorost.no/ledigstilling](https://helse-sorost.no/ledigstilling)

**Søknadsfrist: 22. april 2020**



Norsk psykologforening organiserer nærmere 90 % av landets offentlig godkjente psykologer, samt studenter, og har i dag omtrent 10 000 medlemmer. Som profesjonsforening ivaretar vi medlemmenes faglige og økonomiske interesser. Psykologforeningen driver en utstrakt videre- og etterutdanningsvirksomhet. Sekretariatet har 47 ansatte. [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)

Tidsskrift for Norsk psykologforening er et redaksjonelt uavhengig organ som styres etter Fagpressens redaktørplakat, pressens Vær Varsom-plakat og Lov om redaksjonell fridom i media. Psykologtidsskriftets innhold skal reflektere Psykologforeningens gjeldende formålsparagraf. Psykologtidsskriftet er Norges ledende fagbase innen psykologi, og utgis en gang i måneden i et opplag på 10 000 eksemplarer. I tillegg publiseres det fortløpende på egne nettsider [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no). Psykologtidsskriftet er kåret til Årets tidsskrift for 2019 av Norsk Tidsskriftforening.



## SJEFREDAKTØR

### Tidsskrift for Norsk psykologforening

Er du vår neste leder av Norges mest anerkjente fagtidsskrift?  
Vi søker sjefredaktør med viktig samfunnsansvar

Tidsskrift for Norsk psykologforening søker sjefredaktør med stort faglig engasjement og evne til å motivere de ansatte for å nå felles mål.

Psykologtidsskriftets formål er å bidra til at psykologisk kunnskap når ut i samfunnet, bidra til psykologstandens faglige utvikling og etiske standard og dekke relevante tema for Psykologforeningens medlemmer; primærmålgruppen for tidsskriftet. Samtidig søker Psykologtidsskriftet å knytte psykologer og andre fagpersoner i psykologi sammen, gi en felles faglig identitet på tvers av interesse- og arbeidsområder og nå ut til andre yrkesgrupper, beslutningstagere og politikere.

Tidsskriftet kombinerer seriøs fagformidling med interessevekkende aktualitetsstoff. Det spenner over alt fra fagfelleverderte vitenskapelige artikler og fagessay, via debatt og kommentarer, til journalistiske sjangre som reportasjer og intervju.

Sjefredaktøren leder et kreativt og entusiastisk team med seks medarbeidere og vil ha stor frihet. Sjefredaktøren har økonomiansvar og inngår i sekretariatets ledergruppe.

#### Nøkkelpetanse:

- psykolog eller psykologifaglig forsker oppfordres til å søke
- bred orientering og engasjement for faget
- forståelse for redaksjonelt arbeid og teft for godt stoff
- administrasjons- og ledererfaring vil bli tillagt vekt
- evne til å kombinere strategisk utvikling med krav til økonomisk styring
- stor arbeidskapasitet
- gode samarbeidsegenskaper
- evne til å motivere og inspirere

#### Vi tilbyr:

- spennende og unike oppgaver i et stimulerende fagmiljø
- konkurransedyktige betingelser
- trivelige lokaler i Kirkegata 2, 0103 Oslo

Executive search-selskapet Assessit bistår oss i rekrutteringsprosessen og kontaktpersonene for stillingen er:

Marianne Kirknes Stenslet, partner, e-post [mki@assessit.no](mailto:mki@assessit.no), tlf. 918 98 530

Stine Jarmund, senior konsulent, e-post [sja@assessit.no](mailto:sja@assessit.no), tlf. 924 42 137

Nærmere opplysninger ved konstituert sjefredaktør Per Olav Solberg, e-post [perolav@psykologtidsskriftet.no](mailto:perolav@psykologtidsskriftet.no), tlf. 950 88 575.

Søknad med CV sendes snarest til: [https://assessit.recman.no/job.php?job\\_id=127631](https://assessit.recman.no/job.php?job_id=127631)

**Søknadsfrist: 15. april 2020**

Vi vil pga. Korona-viruset gjennomføre rekrutteringsprosessen digitalt.



**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

**Varmedlemmer**

**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 Søderholm**  
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

**SPECIALITETSRADET**

**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**  
**Geir Skauli**, leder, e-post  
geir.skauli@skien.kommune.  
no, tlf. 907 90 513

**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  
RETTPSYKOLOGI 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

**MENNESKERETTIG-  
HETSUTVALGET**

**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**,  
forhandlingsjef  
**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**,  
utdanningsjef,  
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](http://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-  
sityforskning 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  
Bergensklippene  
**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 inneholde 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 spesialistoppgave.

**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:**  
20.04, 15.05, 18.06, 17.07, 19.08,  
17.09, 16.10, 18.11



