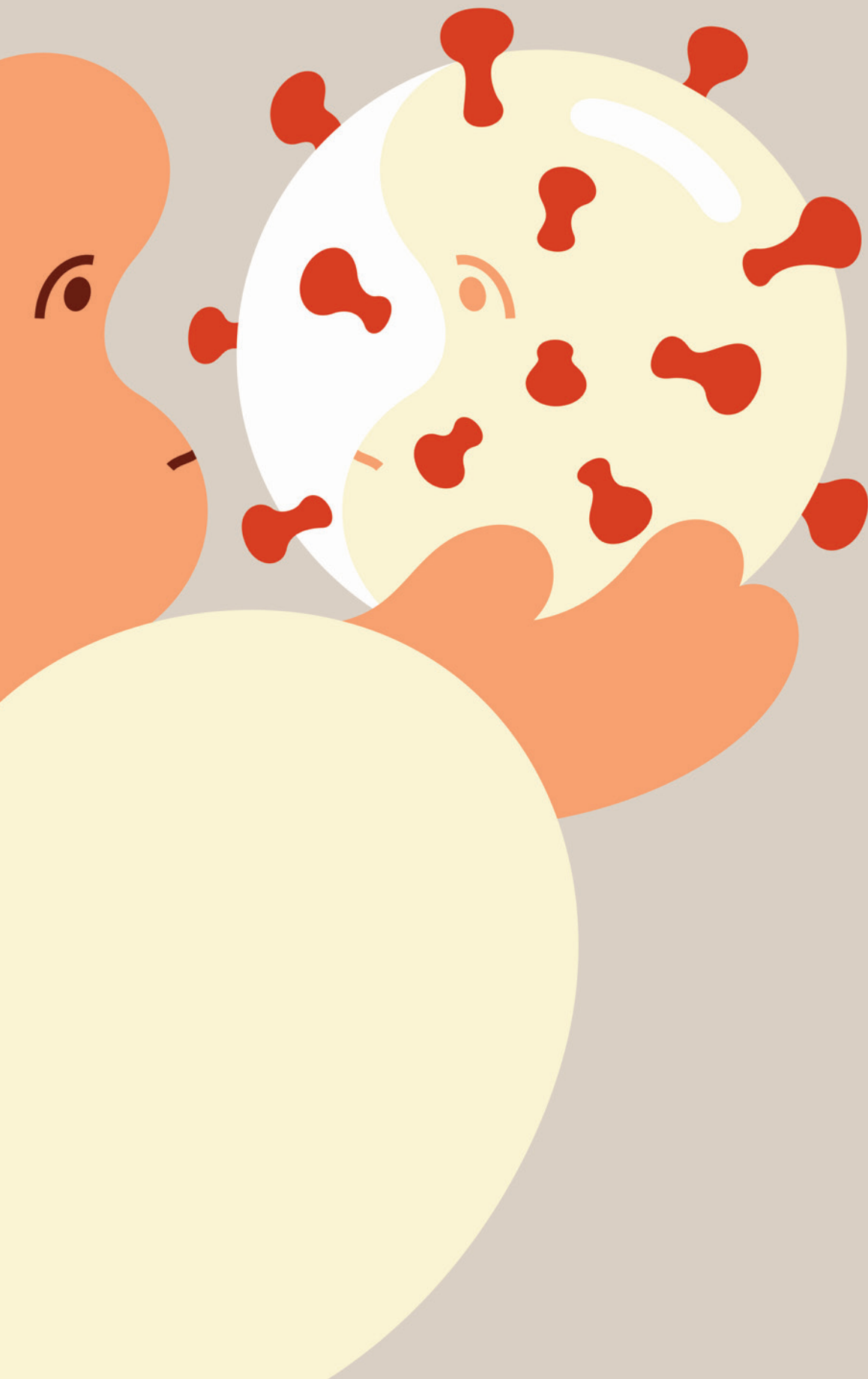


TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



PSY KOL OGI

Vol.57 nr.05 2020

Pikselerte menneskemøter

*Fri assosiasjon
Meninger
Anmeldelse*

ETTER KORONA

*NÅ-intervjuet
Aktuelt*

Å gå seg vill

Fra praksis

Tillit og arbeidsuførhet

*Vitenskapelig artikkel
Aktuelt*

PSY KOL OGI

Vol. 57 nr. 05 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

Markedskordinator 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 23.04.2020

Omslagsillustrasjon Viktor Sakshaug

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.

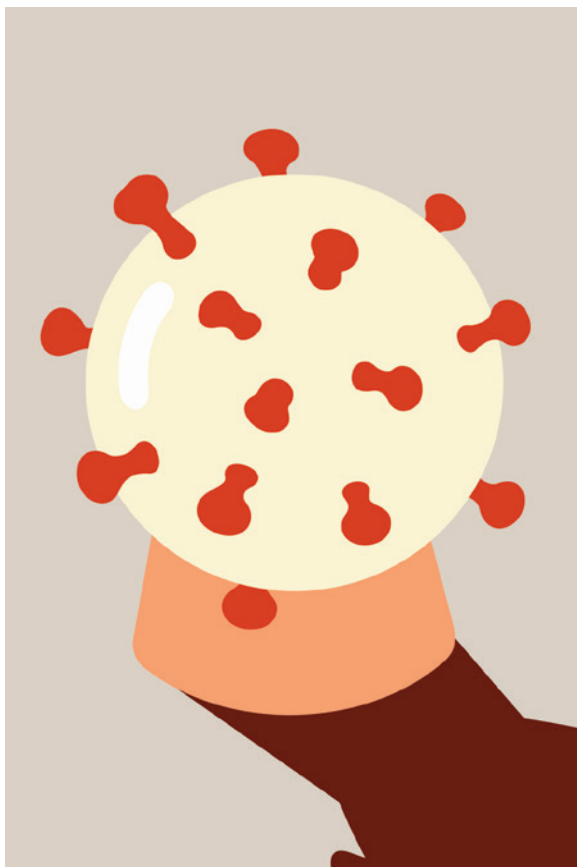
© Tidsskrift for Norsk psykologforening



Innhold

- 336 Bekymret for mulig økning av selvmord**
NÅ: Arnhild Lauveng | Øystein Helmikstøl
- 338 Frykter varig arbeidsledighet vil øke psykiske lidelser**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 342 Totalskadede tillit**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 349 Faktorer som henger sammen med økt risiko for arbeidsuførhet blant personer utsatt for seksuelle overgrep i barndommen**
Vitenskapelig artikkel | Iris M. Steine et al.
- 360 Dansende piksler**
Fri assosiasjon | Julie Barrie
- 363 Veien tilbake til ordene**
Fra praksis | Håkon Holvik
- 367 MENINGER**
Hovedinnlegg: Mot det digitale | Per Are Løkke, Linda Røer-Nilsen & Julie Barrie (s. 369)
Debatt: Sakkyndighet (s. 373), Selvmord (s. 375),
Selvmordsforebygging (s. 377 & s. 381), Koronahverdag (s. 383),
Psykologtidsskriftet (s. 385)
- 387 INNTRYKK**
Intervju: Kay Redfield Jamison | Ida Holth & Nora Skjerdingsstad (s. 388)
Bokanmeldelser: Etikken før evidensen (s. 393), Forsmak på skjermvennlig terapi (s. 395)
- 397 Annonser**
- 398 Stillingsannonser**

338



ILLUSTRASJON: VIKTOR SAKSHAUG

I KJØLVANNET AV KORONA

Langvarig arbeidsledighet og sosial isolasjon kan føre med seg en rekke negative konsekvenser for folkehelsen.

Aktuelt

342



FOTO: TOR-ERIK SCHRØDER

TILLITSBRUDD

- Når overgriperen er en tillitsperson, er det ikke lett å få tillit til andre når du vokser opp, sier overgrepsutsatte Jarle Holseter.

Aktuelt

Les også den vitenskapelige artikkelen om risikofaktorer knyttet til overgrep i barndommen.

Vitenskapelig artikkel

360



FOTO: NTB SCANPIX

SKJERMNERVER

Magien i terapi forsvinner mellom skjermene.

Fri assosiasjon

388



FOTO: NORA SKJERDINGSTAD

KANINJAKTEN

En mani kan være like avhengighetsskapende som kokain, sier psykolog og forfatter Kay Redfield Jamison. Hun har selv førstehåndserfaring med tilstanden.

Intervju



NÅ ARNHILD LAUVENG

Bekymret for mulig økning av selvmord

Koronakrisen kan føre til mer tvangsbehandling og flere selvmord, mener Psykologforeningens nye visepresident.

TEKST

Øystein Helmikstøl

FOTO

Nora Skjerdingstad

– **Verden er midt i en pandemi. Hva bekymrer deg?**

– Jeg er særlig opptatt av situasjonen til barn, voksne og eldre i sårbare livssituasjoner, men også av at psykologer skal ha gode og trygge arbeidsforhold, både under og etter pandemien. Vi må ta kloke valg nå, slik at konsekvensene etter pandemien ikke blir altfor store. Det må ikke bli så store etterslep i behandling og utredning at det fører til uholdbare situasjoner for både pasienter og ansatte på lengre sikt.

– **Du har lenge vært opptatt av tvang i psykisk helsevern. Vil koronakrisen kunne føre til mer tvangsbehandling?**

– Det kan skje. Hvis folk blir skrevet ut for tidlig eller mister tilbud nå, og hvis de får for dårlig tilbud i førstelinjetjenesten, så kan noen bli sykere før de får nødvendig hjelp. Det kan være at de ikke får frivillig hjelp i tide, slik at tvang blir nødvendig.

Jeg er likevel mest bekymret for tvangsbruken generelt, ikke spesielt knyttet til koronakrisen. Det er viktig med redusert og riktig bruk av tvang. Her tror jeg psykologer har veldig mye å bidra med.

– **Kan koronakrisen føre til en selvmordsbølge?**

– Vi vet ikke nok om dette. Kirkens SOS sier at de opplever økt pågang dit, det gir grunn til bekymring. Hvis folk mister tilbud og er mye

« **NY VISEPRESIDENT** Psykologforeningen bør ha tydeligere strategi for hva mennesker med sammensatte, alvorlige og langvarige psykiske plager trenger, mener Arnhild Lauveng, ny visepresident i foreningen.

isolert, og hvis de får store økonomiske belastninger, kan det føre til økt suicidalitet. Jeg er derfor bekymret for at vi kan få en økning i antall selvmord, men jeg vil ikke bruke ord som «selvmordsbølge».

– Hva er psykologenes ansvar nå, og hva kan fagforeningen din gjøre?

– Psykologer må melde fra om forhold som opplevs som utfordrende eller uforsvarlige både for ansatte og pasienter. Vi i Psykologforeningen følger denne situasjonen tett og forholder oss til utfordringer og oppgaver etter hvert som de oppstår. Sekretariat, president og visepresidenter arbeider som vanlig, men hjemmefra, og er tilgjengelige for medlemmer, myndigheter og andre, når de kontakter oss.

– Hvem i psykisk helsevern bør vi gi mer oppmerksomhet?

– Mange ansatte i kommunene vil nå måtte gi tilbud til pasienter som vanligvis ville hatt rettigheter i spesialisthelsetjenesten, og de vil kunne trenge ekstra veiledning for å gi gode tilbud til disse pasientene. Vi må også huske på pasienter i det kartleggingstjenesten Bruker-Plan kaller «gul gruppe», det vil si mennesker som har en del utfordringer, men som vanligvis klarer seg innenfor sine rammer. Når disse rammene svekkes, kan en del av dem få store vansker, samtidig som det gjerne skal lite til for å hjelpe dem til en bedre fungering.

– Bryter Norge menneskerettighetene med vår tvangspraksis?

– En del av dagens praksis innenfor tvungent psykisk helsevern kan være i strid med menneskerettighetene. Brudd på menneskerettigheter skjer også i andre sammenhenger, for eksempel innenfor barnevern, tjenester til mennesker med kognitive funksjonsnedsettelser, fengselsvesenet og i behandlingen av mennesker som søker asyl. Dette er svært alvorlig, og psykologer må bidra med sin kompetanse og sitt engasjement for å forebygge og stanse eventuelle menneskerettighetsbrudd.

– Antitvangbølgen er et utslag av en antielitistisk tidsånd, sa psykologspesialist og TIPS-sjef Wenche ten Velden Hegelstad i Psykologtidsskriftet i januar. Er du enig?

– Jeg er enig i at tvang noen ganger er nødvendig, men jeg mener det må brukes mindre enn i

Hvorfor NÅ?

- Arnhild Lauveng er spesialist i klinisk samfunnspsykologi med doktorgrad. Hun hadde tidligere diagnosen schizofreni.
- Hun ble nylig utpekt som visepresident for fag- og profesjon i Norsk psykologforening.

dag, og bare som siste utvei, når alt annet er forsøkt. Flere studier viser at det er mulig å redusere bruken av tvang uten alvorlige skader, verken på pasienter, pårørende eller ansatte. For at det skal skje, må tvangen erstattes med kunnskapsbaserte tiltak, og her tror jeg psykologer har mye å bidra med.

Oppmerksomheten på behovet for redusert bruk av tvang tror jeg henger sammen med generell humanisering av samfunnet. I den forstand er det muligens antielitistisk, fordi det vektlegger alle menneskers iboende verdi og rettigheter, men dette er i så fall noe jeg opplever som nødvendig og positivt.

– Hegelstad kom også med forslag til schizofreni-politikk. Hva mener du regjeringen bør gjøre for personer med schizofreni-lidelse?

– Det blir stadig flere forskere som mener at schizofreni neppe er én tilstand, men en samlebetegnelse for flere ulike tilstander, så nei, jeg ønsker ingen diagnosespesifikk politikk. Jeg mener heller ikke at det er regjeringens ansvar å lage diagnosespesifikke behandlingsstrategier. Men jeg ønsker meg bedre rammebetingelser for behandling av, og tilbud til, mennesker med sammensatte, alvorlige og langvarige psykiske plager, med og uten samtidig rusmisbruk. Og jeg mener Psykologforeningen bør ha tydeligere strategi for hva disse menneskene trenger, og arbeide for at de skal prioriteres, både i førstelinje- og andrelinjetjenesten.

– Du er utpekt som ny visepresident i Psykologforeningen. Hva er kampsaken din?

– Landsmøtet ga det nye sentralstyret klare føringer for arbeidet i denne perioden, inkludert et nytt hovedsatsningsområde, ønske om utredning av rammer for kvalitet innen utdanning, spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, og gjennomgang av Psykologforeningens organisering. I tillegg til mye annet. Dette er viktig for meg. Psykologforeningen må ha en hensiktsmessig organisering, slik at vi kan utføre de oppgavene vi er satt til, og det må eksistere gode rammer slik at medlemmene har mulighet til å utføre arbeid med høy kvalitet. Jeg er særlig opptatt av at vi har vedvarende oppmerksomhet på menneskerettigheter og menneskerettighetsbrudd, jeg er også opptatt av tilbudet til mennesker med sammensatte og alvorlige lidelser, og av samhandling mellom ulike tjenester og nivåer. ✘

Frykter varig arbeidsledighet vil øke psykiske lidelser

Langvarig økt arbeidsledighet som følge av koronakrisen gir grunn til bekymring for befolkningens psykiske helse. Men noen som har måttet sette ned tempoet, klarer seg bedre enn før.

TEKST Per Halvorsen

SIMON NYGAARD ØVERLAND, fagdirektør og leder av Folkehelseinstituttets Senter for sykdomsbyrde, befinner seg lysår unna svar med to streker under. Men for psykisk helse er noen scenarier mer sannsynlige enn andre

– En generell økning i befolkningen av engstelighet og nedstemthet på grunn av koronakrisen vil øke sannsynligheten for flere diagnostiserbare lidelser, sier han.

Øverland er involvert i koordineringen av forskning på koronaens konsekvenser for sykdomstilstanden i Norge, både den fysiske og den psykiske. Sammen med sine kolleger deltar han i et løpende internasjonalt samarbeid

i regi av The Global Burden of

Disease Study (GBD), opprinnelig initiert av Verdens helseorganisasjon. Norge bidrar med nasjonale tall og deltar i utviklingen av beregningsmodellene som forskerne benytter seg av, og perspektivet er både det korte og det lange. Øverland mener at noen følger av pandemien gir særlig grunn til bekymring, og trekker fram den stigende arbeidsledigheten.

21. april utgjorde bruttoledigheten (summen av helt ledige og arbeidssøkere på tiltak) betydelige 10,7 prosent av arbeidsstyrken, viser NAV-statistikk.

HØY ARBEIDSLEDIGHET, MEN ...

– Arbeidsledighet øker risikoen for angst, depresjon og rusproblemer. Norske studier

har blant annet vist økning i uttak av antidepressiva og andre psykofarmaka i forbindelse med nye tilfeller av arbeidsledighet. Psykiske helsevansker er mer utbredt blant arbeidsledige enn i resten av befolkningen, sier han.

– Så vi kan regne med at de høye ledighetstallene vil slå ut i form av økt sykdomsbyrde?

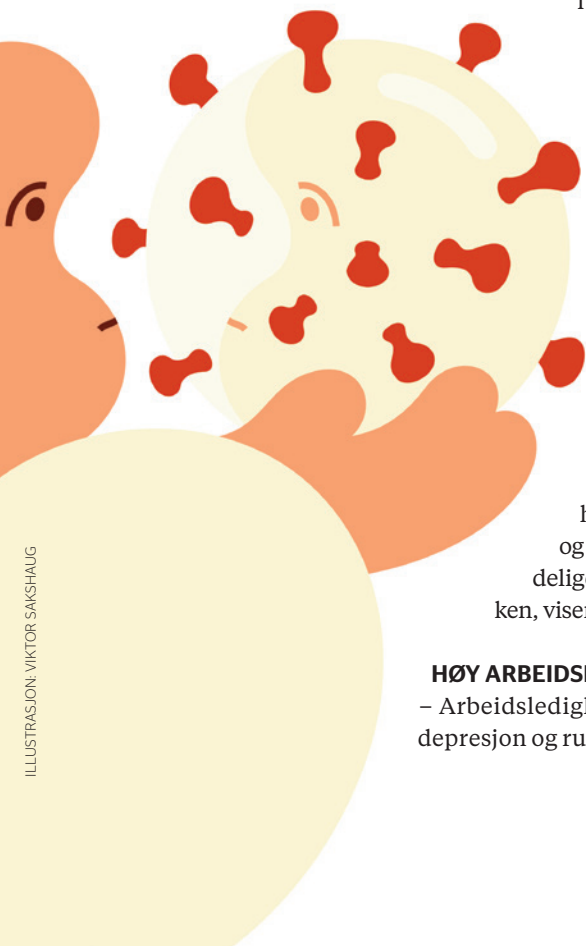
– I utgangspunktet ja, men det er et stort MEN. For vi vet ennå ikke effekten av arbeidslivets tilpasninger og de kompensierende tiltakene som settes inn av offentlige myndigheter og andre samfunnsaktører, tiltak for å redde arbeidsplasser og folks personlige økonomi, sier han.

Øverland påpeker at et av de viktigste sykdomsforebyggende tiltakene som blir enda mer betydningsfullt nå, er arbeidet for å forebygge større og varig sosial ulikhet.

– Sosial ulikhet i helse gjelder også for psykiske helseproblemer. Reduksjon av sosial ulikhet i helse er et av de overordnede målene for folkehelsearbeidet i Norge. De negative ringvirkningene av pandemien, som sosial isolasjon og inntektsfall for noen som følge av smitteverntiltakene, kan ramme utsatte grupper sterkere. Pandemien kan altså føre til en ytterligere skjevfordeling av sykdomsbyrden, sier han.

– Hvor stor grad kan vi anta at det vil behov for økt kapasitet i psykisk helsevern og rus?

– Det vil nok blant annet påvirkes av hvor gode tjenesten er i disse dager til å kunne tilpasse seg slik at de som trenger det, fortsatt kan få god behandling. Mitt inntrykk er at psykisk helsetjenester har vært ganske gode til å omstille seg. Men hvis smitteverntiltakene varer over tid, og vi får tilbakeslag i syk-



domsutviklingen, kan vi ikke utelukke at trykket på noen deler av tjenesten vil øke, sier han

STILLE PÅ TELEFONLINJA

I førstelinje- og andrelinjetjenesten er stemningen avventende. Noen utviklingstrekk under pandemien har overrasket mer enn andre. 16. mars, fire dager etter at det norske samfunnet ble delvis nedstengt, etablerte Forebyggende psykisk helsetjeneste i Lørenskog en åpen telefonlinje på dagtid. Kommunen hadde tatt høyde for at kommunens innbyggere vil ha større behov enn noensinne for å snakke om sine bekymringer. Det ble brukt ressurser på å gjøre tjenesten kjent, men 16. april, på datoen én måned senere, hadde ikke mer enn fire personer benyttet seg av tilbudet. Kommunepsykolog Renate Horgheim medgir at hun er overrasket.

– Vi regnet ikke med at telefonlinjen skulle være så stille. Men det sier kanskje noe om at behovet for hjelp ikke er så stort som vi har trodd. Vår erfaring er egentlig at de fleste klarer seg ganske bra, sier hun til Psykologtidsskriftet.

– Er det ikke bare stille før stormen?

– Jeg vil ikke undervurdere at noen faktisk strever. Vi har barn som lever i sårbare omsorgssituasjoner, og som opplever omsorgssvikt. Noen vil også kunne få økt lidelsestrykk senere som følge av eksempelvis høy arbeidsledighet og sosial isolasjon. Men blant dem vi snakker med, er det flere enn før som rapporterer at de opplever mindre utenforskap, mindre ensomhet. Noen mener til og med at de har fått det bedre. Når flere er i samme båt, når flere står i køen på NAV-kontoret, opplever de mindre stigma. De er ikke lenger de eneste som ikke mestrer, påpeker Horgheim.

VARSKU MOT ELENDIGHETSBEKRIVELSER

Hun retter et varsku mot det hun oppfatter som ensidige elendighetsbeskrivelser. Hun har sett seg lei på den massive mengden eksperter som florerer i ulike mediekanaler med «gode» råd, selv om hun innrømmer å ha gitt råd selv.

– Dersom folk bare hører at alt går dårligere, risikerer vi at det svekker evnen til å komme seg helskinnet gjennom krisa. Rent samfunnspsykologisk er dette uheldig og veldig lite helsefremmede, sier hun.

Hun viser til familier som helsetjenestene i Lørenskog har vært i kontakt med, og som har vært tvunget til å sette ned tempoet fordi barnehage og skole har vært stengt. De forteller om bedre livskvalitet på grunn av mindre stress, mer ro til å være gode foreldre, og mer tid til å være sammen. Dette gjelder også for familiene som psykologene har vært bekymret for.

– Foreldre som har strevd med foreldrerollen, opplever nå at både de og barna er mindre slitne enn det de er i en vanlig hverdag. Det gjør at de klarer bedre å stå i de vanskelige situasjonene med barna, sier hun.

– Kan folk ta med seg erfaringene om hva som skaper et godt liv for dem, etter at samfunnet er tilbake på skinner igjen, tror jeg det kan ha helsefremmende potensial, sier Horgheim.

LAV AKTIVITET

Noen pasienter får mindre hjelp enn før. På Voksenpsykiatrisk avdeling på Vinderen, ved Diakonhjemmet sykehus i Oslo, var aktiviteten i deler av mars under halvparten av hva den pleier å være. Ifølge »



UTSATTE GRUPPER Simon Nygaard Øverland sier at sosial isolasjon og inntektsfall for noen som følge av smitteverntiltakene, kan ramme utsatte grupper sterkere enn andre. Foto: Folkehelseinstituttet



VARSKU Renate Horgheim retter et varsku mot det hun oppfatter som ensidige elendighetsbeskrivelser av følgene av koronapandemien. Foto: Lørenskog kommune

– At vi har mindre aktivitet nå, innebærer bare at vi får desto mer å gjøre senere

Kim Edgar Karlsen



AKTIVITETSDROPP Børge Mathiassen forteller om en aktivitetsdropp i mars på en tredjedel. Foto: Yngvild Arnesen

konstituert avdelingsleder Kim Edgar Karlsen har det sin naturlige forklaring.

– For å kunne ivareta smittevernet ble mye aktivitet satt på vent inntil vi var operative med blant annet videokonsultasjoner. Det gjaldt først og fremst behandling av moderate angst- og depresjonstilstander, tilstander der ikke liv står på spill og med begrenset risiko for alvorlig helse-skade på kort sikt. De alvorligst psykisk syke og akuttfunksjoner har vi ivaretatt på vanlig måte, men med nye, strenge smittevernrutiner. Dette er virksomhet som ikke lar seg erstatte av digitale tjenester, sier Karlsen

– Hva tror du vil være de langsiktige følgene av omprioriteringene dere har gjort?

– At vi har mindre aktivitet nå, innebærer bare at vi får desto mer å gjøre senere. Behovet for behandling blir ikke borte, det blir utsatt. For noen kan tilstanden bli alvorligere, og de vil kunne trenge mer hjelp på et senere tidspunkt, sier han.

– I hvilken grad tror du de sosiale konsekvensene av koronakrisen vil føre til en oppblomstring av psykiske lidelser, som vil utfordre kapasiteten i psykisk helsevern og rustjenestene på lengre sikt?

– Det ligger nok noen utfordringer i kjølvannet av pandemien, især hvis den sosiale isolasjonen blir langvarig. Særlig bekymret er vi for situasjonen for sårbare barn og unge som midlertidig kan ha mistet noen trygge arenaer. Men det er ikke gitt at det blir så mye større forekomst av psykiske lidelser i befolkningen. Under en krise kan det også oppstå opplevelse av fellesskap og mening som slår ut i motsatt retning. Noen vil mobilisere ressurser de ikke ante at de hadde. Det er for tidlig å si om koronakrisen får langsiktige negative konsekvenser for den psykiske folkehelsen, sier han

KJENNER MINDRE PÅ EGNE PLAGER

Ved barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge bekrefter seksjonsleder Børge Mathiassen inntrykket av psykisk helsetjenester som i øyeblikket går på lavbluss.

– I mars opplevde BUP en aktivitetsdropp på en tredjedel. Men behovet for hjelp er jo ikke blitt borte, sier han.

Mathiassen tror at noen med mer moderate lidelser kan ha fått et annet fokus i livet og kjenner mindre på egne plager. Noen barn og unge, for eksempel skolevegrere, mener han kan ha tjent på hjemmeskole.

– Når de nå vender tilbake til skolen igjen, er det usikkert hvordan de vil reagere, og i hvor stor grad de vil bli henvist til oss, sier han.

Det er imidlertid først og fremst barn i tungt belastede familier han er bekymret for.

– Konsekvensene for dem av at barnehager og skoler har vært stengt, vil vi se når disse institusjonene nå gradvis åpner igjen. Noen vil helt sikkert komme tilbake sterkt preget av å leve i familier med begrenset mulighet for å gi god omsorg. Omfanget av og styrken på disse belastningene, og hvordan de slår ut i tjenesten på lengre sikt, er det vanskelig å si noe presist om, sier Mathiassen.

BOOM AV HJELPEBEHOV

Jill Arild, landsleder i organisasjonen Mental Helse, er ikke blant de største optimistene etter koronakrisen.

– Litt avhengig av hvor lenge krisen vil vare, tror jeg vi kommer til å få en boom av folk som trenger hjelp. Og det er ikke de som allerede sliter,

som har det verst nå. Det er alle de som har fått store livsbelastninger som er helt nye for dem, mener hun.

Hun er usikker på effekten av at psykiatriske pasienter er blitt utskrevet tidligere enn planlagt fra sykehusene på grunn av smittefare eller for å gjøre plass til andre pasienter.

– Hva slags tilbud får de i kommunene? Det er hit folk kommer til å måtte søke hjelp. Jeg forventer at myndigheten legger fram en økonomisk plan og en strategi som tar høyde for det som kan komme. For at psykisk helsetjenester i førstelinjen skal unngå å bli nedprioritert, mener jeg det er mer nødvendig enn noensinne med øremerking, sier hun.

– *Hva slags rapporter får dere fra Mental Helses lokallag om hvordan folk som trenger hjelp, blir møtt i kommunene?*

– Det er kjent at flere kommuner gir avslag til brukere som får henvisning fra fastlegen om samtale på førstelinjenivå, også uten at det blir foretatt en vurdering av behovet. Dette mener vi bidrar til at mindre utfordringer kan vokse seg større og føre til at flere enn nødvendig må i spesialisthelsetjenesten, sier hun.

Arild forteller at flere av Mental Helses lokallag ikke lenger kan tilby de samme aktivitetene som tidligere på grunn av smittevernhensyn.

– De er et godt supplement til lavterskeltilbud i kommunene. Dette er aktiviteter som hindrer ensomhet og utenforskap i stor grad. Men mange har også tatt kreativiteten i bruk og etablert interaktive samlingspunkt på Facebook, Instagram og andre digitale plattformer, opplyser hun

ALLE ER BERØRT

Tidligere kommunepsykolog, i dag seniorrådgiver ved Korus Sør, psykologspesialist Anne-Kristin Imenes mener koronakrisen vil utfordre lokalsamfunnene i lang tid framover.

– Pandemien har gjort hele kommunen til pasient. Den har gjort sitt inntog både i barnehager, klasserom, sykehjem og i kommuneadministrasjonene. Alle er på en eller annen måte blitt berørt. Jeg tror vi må planlegge for et bredt psykososialt rehabiliteringsarbeid, sier hun.

– *Hva innebærer det?*

– På den ene siden må vi forvente at flere enn før vil ha behov for kommunal behandling på grunn av de belastningene pandemien har medført. I tillegg må vi styrke de brede hjelpetiltakene. Flere må hjelpes utenfor hjelpetjenestene. De allmenne tiltakene når flest og kan ha stor effekt for flere enn vi vet om. Det betyr å ruste opp så mange ansatte som mulig med kompetanse om hvordan vi møter følelser, smerte, sorg og utrygghet, enten det er på et kommunekontor eller i et klasserom.

For barn og unge tror hun skolens livemestringsfag blir sentralt for å bearbeide det de opplever under krisen.

– Det kan være vedvarende engstelse og usikkerhet, for eksempel hvis de er en del av en familie der forsørger har mistet arbeid, eller har andre tapsopplevelser. Barn som i utgangspunktet har det utrygt hjemme, er særlig risikoutsatt, sier hun.

Imenes tror politiske diskusjoner om ressursprioritering blir viktigere enn noensinne etter at krisen er over.

– Krisen tydeliggjør hvilken betydning blant annet sosial ulikhet og ensomhet kan ha for den psykiske helsen vår. Tar vi med oss disse erfaringene i det forebyggende arbeidet når hverdagen har normalisert seg igjen, kan det ha kommet noe godt ut av det vi har opplevd, sier hun. ✘



BOOM Jill Arild forventer en boom av folk som trenger hjelp, avhengig av hvor lenge krisen og smitteverntiltakene vil vare. Foto: Mental Helse.

– Vi må ruste opp så mange ansatte som mulig med kompetanse om hvordan vi møter følelser, smerte, sorg og utrygghet

Anne-Kristin Imenes

Totalskadedet tillit

Overgriperen var ikke en i familien. Det var en som offeret hadde tillit til.

TEKST

Øystein Helmikstøl

FOTO

Tor Erik Schrøder

Jeg kan med en gang si at det vil bli vanskelig å få tak i en mannlig utsatt med dømt overgriper, uavhengig av kjønn på overgriper. Stort sett vil sakene være foreldet i de mannlige utsattes saker, hvis de i det hele tatt anmelder. Dette kanskje fordi det ofte tar menn enda lengre tid å fortelle.

Denne konstateringen kommer fra daglig leder Elin Skjeltnes i Landsforeningen mot seksuelle overgrep (LMSO). Psykologtidsskriftet har nettopp spurt henne om foreningen kan hjelpe oss med å finne en person vi kan intervjue, gjerne en mann, i en sak der overgriper er dømt, og der overgriper var en tillitsperson.

LMSO har noe i overkant av 100 medlemmer og er opptatt av å fremme arrangementer som setter søkelys på at også menn blir utsatt for seksuelle overgrep, opplyser nestleder og medlemsansvarlig Otilie Myhra til Psykologtidsskriftet.

NYE STUDIER

Studier viser at en betydelig andel av befolkningen rapporterer å ha opplevd seksuelle overgrep i barndommen. I aprilutgaven publiserte Psykologtidsskriftet en studie av Iris Steine og kolleger, som viser en statistisk sammenheng mellom slike selvrapporderte overgrep og senere arbeidsuførhet.

Nå i maiutgaven publiserer vi en ny studie av de samme forfatterne, denne gangen om faktorer som henger sammen med økt risiko for arbeidsuførhet blant personer som rapporterer om seksuelle overgrep i barndommen. I et utvalg av hovedsakelig kvinner på støttesentre mot seksuelle overgrep viser denne studien at det er økt sannsynlighet for arbeidsuførhet i

voksen alder blant respondenter som oppga å ha blitt utsatt for fysisk vold, trusler eller manipulering fra angivelig overgriper, og hvor angivelig overgriper var en person man hadde hatt tillit til.

UNNTAKENE FINNES

På et busstopp i ei bygd på Østlandet står en gutt på ti år og venter på mormor. Halv fem-bussen stopper, og en gammel dame med triltebaggår ut av bussen og tar bestemte steg mot barnebarnet. Hun har tatt tre-bussen fra Oslo, rett fra jobb på Tandbergs Radiofabrikk.

Dette var en fredag for 40 år siden. Nå er gutten på busstoppet blitt 51 år.

– Mormor kom for å holde litt styr på oss. Når hun var hos oss, var det trygt. Henne hadde jeg tillit til.

Gutten ble utsatt for seksuelle overgrep av en mann i bygda, en person han hadde tillit til. Tillit til far fantes ikke, og mamma var han bekymret for, forteller Jarle Holseter til Psykologtidsskriftet i dag. Derfor var mormor god å ha når hun kom, hun kom med litt trygghet.

I mange år fortalte gutten ingenting om overgrepene han hadde opplevd.

– Det er et stort tabu, dette, selv om ting har bedret seg de siste årene. Det irriterer meg så jævlig at vi menn skal holde tett så lenge. Vi skal være så macho.

Holseter oppsøkte profesjonell hjelp da han selv skulle bli far, for fjorten år siden.

– Når overgriperen er en tillitsperson, er det ikke lett å få tillit til andre når du vokser opp. Jeg er nok i overkant skeptisk til folk rundt meg.



UTSATT – Når overgriperen er en tillitsperson, er det ikke lett å få tillit til andre når du vokser opp, sier Jarle Holseter.

I 2016 fortalte han historien sin til NRK. Om vold og rus hjemme. Som førte gutten til fars kompis, en mann som kom mye på besøk. En mann som «alle» i lokalmiljøet hadde respekt for og tillit til.

Den respekterte mannen misbrukte en rekke gutter og jenter seksuelt, inkludert Jarle Holseter.

Studien Psykologtidsskriftet publiserer i denne utgaven, viser at en høy andel av dem som oppga at de ikke hadde hatt foreldre som overgriper, oppga at den påståtte overgriperen var en tillitsperson (71 prosent).

I dag forteller Holseter at mannen aldri var voldelig, men en gang sa han at barna aldri måtte fortelle noe hjemme om det om foregikk, for da havnet de i fengsel.

– Det funket jo, sier Holseter i dag. Da hadde barna og overgriperen noe felles: En hemmelighet.

MISTILLITEN TIL SYSTEMET

Overgriperen satt 38 dager i varetekt mens politiet etterforsket saken. 40 barn ble avhørt av politiet. Dommen fra Nes herredsrett kom på begynnelsen av 80-tallet. Mannen ble dømt for misbruk av 11 barn. Han ga småbarn hjemmebrent, ifølge retten. Mannen innrømmet å ha vist barna pornografiske filmer. »

– Det irriterer meg så jævlig at vi menn skal holde tett så lenge. Vi skal være så macho

Jarle Holseter



Ny forskning

I en ny forskningsartikkel i denne utgaven (s. 348) ser forskerne på om det er noen spesielle trekk ved overgrep og overgriper som øker sannsynligheten for arbeidsuførhet. Artikkelen omtaler blant annet manipulasjon, og diskuterer betydningen av tillit.

Han fikk seks måneders fengsel og tusen kroner i bot. 40 dager av fengselsstraffen var ubetinget, men den ble ansett sonet i vareteksttiden. Han slapp saksomkostninger.

Retten la vekt på det den mente var flere formildende omstendigheter: Domfeltes alder, han var 73. De tre dommerne skriver også dette:

«det må sies å ha foreligget frivillighet fra barnas side» og «barna har tilsynelatende ikke tatt skade av handlingene».

– Hva skal jeg si? Dommen er latterlig, helt på trynet, selv om vi barna ble trodd. Vi har strevd med spørsmålet om hva som var årsaken til at vi gikk tilbake til ham gang etter gang. Overgriperen fikk makt over oss, og slik er det ofte i disse sakene. I dommen påfører samfunnet barna bare enda mer skyld, sier Jarle Holseter i dag.

– *Har du større tillit til rettssystemet nå i dag?*

– Jeg får tilsendt saker og er i kontakt med en del pårørende og overgrepsofre, rundt 20–30 til enhver tid. Noen opplever nesten det samme, altså. Systemet kan bli mye bedre. Det må gjøres mer med foreldelsesfristen for voldtekt og seksuelle overgrep mot barn, som ble fjernet i 2014. Mange utsatte menn bærer på hemmelighetene i mer enn 30 år før de forteller. Mange av disse sakene blir henlagt, selv om det kan finnes bevis ved behandling i hjelpeapparatet og/eller at overgriperne innrømmer overgrep mot barn gjennom flere tiår.

Holseters mamma tok med seg barna og flyttet til Sørlandet etter dommen. Hun døde for noen år siden.

– Broren min og jeg hadde en god prat med henne like før hun døde. Hun hadde vært en dårlig mor for oss, sa hun, det var hun lei seg for. Hun gjorde nok det hun kunne, ut fra forutsetningene sine.

Faren tok ifølge sønnen parti med overgriperen. Også han døde for noen år siden.

Jarle Holseter var ikke i begravelsen.

PSYKOLOGENS FORTID

Gutten som ble utsatt for overgrep som barn, sitter en vårdag i 2007 på et venterom på Sørlandet sykehus. Holseter er blitt 38 år. Han er sint og deprimert og venter på psykologen. Det er fastlegen som har ment at mannen trenger psykolog, selv sliter han med tilliten til alt av autoriteter, inkludert leger og psykologer.



Den danske psykologen Kim Stampe går mot den nye pasienten, ønsker ham velkommen inn på kontoret med et fast håndtrykk, og psykologen begynner samtalen med å bli kjent med pasienten og forteller om seg selv så pasienten vet hvem han snakker med.

«Han her kan jeg lett miste», tenker psykologen. «Jeg må ikke misbruke tilliten han har til meg.»

– Jeg gjorde meg selv sårbar overfor Holseter. Jeg fortalte ham om min egen brokete bakgrunn, sier Kim Stampe til Psykologtidsskriftet i dag.

– Han fortalte om en oppvekst der far var avhengig av alkohol og en mor med psykisk lidelse. Jeg kunne kjenne meg igjen, slik fikk jeg tillit til ham, sier Jarle Holseter i dag om den første psykologen han møtte over tid.

I dag er Kim Stampe (60) kommunepsykolog i Grimstad. Han forteller at han har jobbet med menn utsatt for seksuelle overgrep utført både av menn og kvinner, hovedsakelig av familie-medlemmer og nære bekjente. Han har jobbet med spesielt mannlige prostituerte, som har vært utsatt for overgrep. Han har jobbet med mannlige prostituerte i «Red Light District» i Amsterdam og i Earls Court vest i Sentral-London. Han var også i en periode klinikk-sjef på en familieklinikk i Canberra i Australia, der han hadde en del kvinnelige ofre i behandling.

– Jeg prøver å være der pasienten er, ikke bare fysisk, men emosjonelt, psykisk og eksistensielt. I samtaler der pasienten har vært utsatt for overgrep, kan det være spesielt vanskelig for en pasient å vise tillit og gjøre seg sårbar overfor en annen person og spesielt over- »

KOMMUNEPSYKOLOG

– Jeg fortalte ham om min egen brokete barndom, sier Kim Stampe, som i 2007 var psykolog for Holseter. Nå er han kommunepsykolog i Grimstad.

- Det har ofte tatt mange år før de tør å snakke om overgrepene, på grunn av skamfølelsene de bærer på

Kim Stampe, kommunepsykolog

for en person som lett kan bli kategorisert som en «spesialist» og derved også opplevd som et overmenneske av den sårbare personen, sier Stampe.

- Er det noe felles for alle de du har møtt som har opplevd overgrep, inkludert Jarle Holseter?

- Alle har en vanskelig relasjon til en eller begge foreldrene. Alle har problemer med autoriteter. De har totalt mistet tilliten til andre mennesker og stoler hovedsakelig kun på seg selv. Det har ofte tatt mange år før de tør å snakke om overgrepene, på grunn av skamfølelsene de bærer på.

Stampe forteller at han ofte har blitt kritisert i fagmiljøet på Sørlandet for at han gir for mye av seg selv i samtalen med pasientene.

- Jeg har fått mye juling, altså. Men på det punktet vil jeg ikke endre meg.

JUBILEUM

Nå i mars feiret Utsattmann.no at det er ti år siden nettsiden åpnet. Jarle Holseter er eneste ansatt, men arbeidet han gjør, er ulønnet. Det er en frivillig organisasjon med flere lokale og nasjonale medarbeidere, eller «medvandrere», som Holseter liker å kalle dem. De samarbeider med landets støttesentre mot overgrep, som ifølge Holseter ofte er de første som får høre om overgrep.

- Klassikeren er at mannen forteller bruddstykker av en overgreps-historie i fylla, til kona, når de har slukket lyset. Når lyset kommer på igjen, i edru tilstand, blåneker han. Kona kontakter oss for råd og veiledning, sier Holseter.

Utvalget i studien i denne utgaven av Psykologtidsskriftet besto nesten utelukkende av kvinner. Det er derfor usikkert om resultatene kan generaliseres til overgrepsutsatte menn, skriver forskerne.

Jarle Holseters hjertesak er at menn må få vite at de ikke er svake når de forteller om overgrep i barndommen. De er i mine øyne helter som våger å fortelle, og det er absolutt lov å være lei seg etter slike ødeleggende opplevelser i oppveksten.

- De som tar kontakt, har tillit til oss, vi i Utsattmann har opplevd det samme som dem, sier han.

Under koronapandemien har Utsattmann, ifølge Holseter, hatt en økning av henvendelser.

- De som tar kontakt, gjør det fordi det er stengte kontorer hos hjelpeapparatene. Samfunnet og hjelpeapparatet vil få en massiv økning av hjelpetrengende når hamsterjulet begynner å spinne igjen. Er samfunnet forberedt på dette?

HARD MEDFART

I 1995 varslet BUP (Barne- og ungdomspsykiatrisk senter) i Karasjok om at flere overgrepsutsatte barn hadde suicidale tanker. At overgriperen ble værende i den lille bygda, Kjøllefjord i Lebesby kommune, gjorde behandlingen av ofrene vanskelig. Barna møtte stadig på ham, på butikken, på vei til skolen, i gatene, ifølge metoderapporten til journalist Vanja Holst Skotnes, som dekket saken for Finnmark Dagblad/iFinnmark.

Sigrd Larsen var kommunepsykolog i Lebesby kommune da Kjøllefjord-saken ble rullet opp i 2017. Hun har nå vært kommunepsykolog i Hammerfest i ett år, etter fem år i Lebesby.

I 2017 ble rollene byttet om: I dette tilfellet var det kommunepsykologen som trengte bistand og tok kontakt med en utsatt mann. Etter at Jarle Holseter fortalte historien sin på NRK i 2016, ringer Sigrd Larsen til Jarle Holseter og får ham oppover, han holder foredrag sammen med

Psykologtidsskriftet retter

I bildeteksten til aktuelt-saken «Vil ha omfattende tiltak mot overgrep» i forrige utgave, står det at Iris Steine er forsker ved Universitetet i Oslo. Dette er ikke riktig. Steine er postdoktor ved Det psykologiske fakultet på Universitetet i Bergen. Psykologtidsskriftet beklager.

en kollega og snakker med flere involverte. Larsen har samarbeidet tett med Jarle Holseter og Utsattmann de siste årene.

– Slike saker må det snakkes om for å kunne løse. Det nytter ikke å tie dem bort. Da utvikler de seg til å bli kroniske problem som blir stadig vanskeligere å ta tak i. I tillegg til «Kjøllefjord-saken» finnes også andre volds- og overgrepssaker, skrev Larsen i et debattinnlegg til iFinmark da hun sluttet i Lebesby og ble kommunepsykolog i Hammerfest.

Kommunepsykologen forteller til Psykologtidsskriftet at hun som terapeut har møtt rundt 20 overgrepsofre som terapeut. Larsen understreker at barn er naturlig tillitsfulle. I de sakene hun har fått innblikk i, har overgriper utnyttet barns naturlige tillit, brukt godteri som lokkemidler og etter hvert gått over til skremsler, trusler og til og med vold. Larsens erfaring er at mange tier i 20, 30 og til og med 40 år før de forteller. De kan ifølge kommunepsykologen være redde for å fortelle spesielt hvis overgriperen er foreldre eller en betrodd voksen – som de har et tillitsforhold til.

– Når du er utsatt for seksuelle overgrep, spesielt som barn, gjør det noe med din grunnleggende tillit. Et terapeutisk arbeid er basert på tillit, det er der arbeidsalliansen ligger. Det kan være et nokså ømfintlig prosjekt å få etablert tillit nok til å kunne bistå de utsatte. Ikke bare fordi «tillitssystemet» ditt ble så knust en gang i tiden, men tilliten til samfunnet, offentlig ansatte, helsesystemet og samfunnet generelt kan også ha fått temmelig hard medfart, sier Hammerfest-psykologen til Psykologtidsskriftet.

Hun mener mange blir sviktet i mange ledd i overgrepssakene. Bare det at psykologen er en representant fra helsevesenet, det offentlige, kan i seg selv være et vanskelig utgangspunkt.

– Samtidig er det akkurat der et «helingspunkt» ligger, dersom pasienten tar sjansen på å skape nye tillitsrelasjoner på et eller annet tidspunkt. Og få erfare at det kan gå bra: At den personen pasienten tok sjansen på å snakke litt med, ikke vil skade deg.

Larsen forteller at hun kontaktet Norsk psykologforening for å få bistand og støtte da det sto på som verst i Lebesby. Hun følte seg helt alene, rådvill, svært utsatt og redd, med varslingsplikt og pasientansvar.

Larsen er glad for at hun fikk bistand fra jurist i Norsk psykologforening, om formali-



GUTTEN PÅ BUSSTOPPET Jarle Holseter ble utsatt for overgrep av en tillitsperson i bygda da han var barn. Her er han sju år. I dag driver han organisasjonen Utsattmann. Foto: Privat

tetene overfor arbeidsgiveren. Og hun ble tipset om kollegastøtte, som var til god hjelp.

– Jeg håpet at fagforeningen min i større grad kunne stille opp og gi meg veiledning og støtte, og gjerne komme opp hit og bidra til et team rundt meg i en veldig krevende periode. Jeg følte at Psykologforeningen ikke skjønte problemet helt, sier Sigrid Larsen til Psykologtidsskriftet i dag.

PÅ TRYNET I LIVET

På hjemmekontoret sitt på Flekkerøya utenfor Kristiansand har Jarle Holseter nettopp snakket i to timer på telefon med en utsatt mann.

På spørsmål om hva slags psykologisk hjelp Jarle Holseter mener er best for menn som har opplevd overgrep, svarer Holseter at han har fått en forkjærlighet for traumepsykologer.

– Mitt råd er at utsatte menn ber fastlegene, det er de som sitter med rekvisisjonsblokka, om å få snakke med en traumepsykolog. De kan mer om problematikken rundt seksuelle overgrep enn andre psykologer.

Han oppfordrer også psykologer til å by på seg selv. Har de hobbyer? Har de gått på trynet i livet?

Og de må bruke tid på å bli kjent med pasienten, understreker Holseter.

– Kjør dobbelt-timer. Kanskje pasienten trenger hjelp med noe helt annet enn det han har søkt hjelp for.

Holseter mener psykologer i større grad må våge å stille dette spørsmålet i terapitimen: Har du opplevd seksuelle overgrep?

– Da kan det være at pasienten svarer nei. Etter en tid vil han kanskje komme tilbake og fortelle, det handler om tillit. ✘

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2020 S. 348-359 FAGFELLEVDERT

IRIS M. STEINE^{1,2}, BJØRN BJØRVATN^{3,4}, DAGFINN WINJE⁵, JANNE GRØNLI⁶, INGER HILDE NORDHUS^{5,7}, ANNE MARITA MILDE^{6,8} & STÅLE PALLESEN^{2,4}

¹Gjesteforsker, UC Berkeley, California, USA, ²Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen, ³Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, ⁴Nasjonal kompetansetjeneste for søvn sykdommer, Haukeland universitetssjukehus, Bergen, ⁵Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen, ⁶Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Universitetet i Bergen, ⁷Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo, ⁸Regionalt kunnskapscenter for barn og unge, RKBV Vest, NORCE Health

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

FAKTORER SOM HENGER SAMMEN MED ØKT RISIKO FOR ARBEIDSUFØRHET BLANT PERSONER UTSATT FOR SEKSUELLE OVERGREP I BARNDOMMEN

Det er fortsatt mye vi ikke vet om sammenhengen mellom seksuelle overgrep i barndommen og senere arbeidsuførhet. Denne studien ser på om forhold ved overgrepet og overgriperen kan øke sannsynligheten for arbeidsuførhet.

Både internasjonale og norske studier viser at å bli utsatt for seksuelle overgrep i barndommen øker risikoen for senere arbeidsuførhet. For eksempel har studier basert på befolkningsutvalg i USA, Irland og Norge rapportert en sammenheng mellom seksuelle overgrep i barndommen og henholdsvis lavere deltagelse i arbeidslivet (Lee & Tolman, 2006) og økt risiko for syke- og »

ABSTRACT

Factors related to an increased risk for work disability among childhood sexual abuse survivors

Background: Childhood sexual abuse (CSA) predicts adult work disability. However, little is known about predictors of individual differences in this outcome among CSA-survivors.

Methods: In a sample of 502 adult CSA-survivors (95 % women, 5 % men) recruited from support centers for sexual abuse survivors in Norway, we examined whether specific characteristics of the abuse and perpetrator predicted the likelihood of work disability.

Results: The likelihood of work disability was higher for those reporting abuse involving the use of physical violence (OR = 2.98, $p = .004$), threats (OR = 2.33, $p = .018$) or manipulation (OR = 3.13, $p = .007$) by the perpetrator, and for those reporting that the perpetrator was a trusted person (OR = 3.09, $p = .005$).

Conclusions: The findings indicate that specific characteristics of the abuse and perpetrator increases the likelihood of work disability among CSA-survivors, and thus may represent factors contributing to individual differences in work functioning among CSA-survivors..

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



Studien bidrar til økt forståelse for forhold ved overgrepene og overgriperen som er knyttet til individuelle forskjeller i arbeidsuførhet blant overgrepsutsatte

uføretrygd (Barrett, Kamiya, & Sullivan, 2014; Pinto Pereira, Li, & Power, 2016; Steine et al., 2020)

Selv om sammenhengen mellom seksuelle overgrep i barndommen og arbeidsuførhet i voksen alder har blitt funnet på tvers av ulike utvalg og landegrenser, viser disse studiene samtidig at flertallet av overgrepsutsatte *ikke* er arbeidsuføre. For eksempel viste en nylig studie i et norsk befolkningsutvalg at hele 83,9 % av dem som rapporterte at de hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep (definert som før den seksuelle lavalderen på 16 år), ikke var arbeidsuføre (Steine et al., 2020). For å øke grunnforståelsen for individuelle forskjeller i arbeidsuførhet blant overgrepsutsatte er det relevant å identifisere faktorer knyttet til overgrepene, overgriper og den utsatte som er assosiert med ulik risiko for arbeidsuførhet. Dette er imidlertid lite studert. En rekke studier har derimot undersøkt betydningen av spesifikke forhold ved overgrepene og overgriperen for individuelle forskjeller i alvorlighetsgraden av *symptomer* blant overgrepsutsatte (for eksempel sannsynligheten for posttraumatisk stresslidelse, depresjon, angst, rusmisbruk, og selvmordsforsøk). Disse studiene har funnet mer alvorlige symptomer på lang sikt når overgrepene involverte *penetrering* (vaginal, anal, oral), når overgriperen var en person den utsatte hadde en *nær relasjon* til (spesielt biologiske foreldre), og når man ble utsatt for *fysisk vold* og *trusler* fra overgriperen (Beichtman, Zucker, Hood, DaCosta, & Akman, 1991; Beichtman et al., 1992; Feehan, Nada-Raja, Martin, & Langley, 2001; Fergusson, McLeod, & Horwood, 2013; Hulme & Agrawal, 2004; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Kendler et al., 2000; Leserman, 2005; Nelson, Heath, Madden, & et al., 2002; Tremblay, Hébert, & Piché, 1999; Trickett, Reiffman, Horowitz, & Putnam, 1997; Tyler, 2002). Det kan derfor tenkes at disse forholdene også vil være knyttet til individuelle forskjeller i arbeidsuførhet blant overgrepsutsatte, ettersom arbeidsuførhet blant overgrepsutsatte delvis kan forklares av økte mentale helseproblemer (Lee & Tolman, 2006).

Kun én tidligere empirisk studie har undersøkt betydningen av spesifikke forhold ved overgrepene som risikofaktor for arbeidsuførhet blant overgrepsutsatte. I den studien, som er en mer enn trettiårig longitudinell studie av en fødselskohort i New Zealand, fant Fergusson og kolleger (2013) at kvinner og menn som hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, signifikant oftere var motta-

gere av trygdeordninger som voksne (inkludert arbeidsledighets-, syke-, og uføretrygd) sammenlignet med dem som ikke hadde blitt utsatt for overgrep, og at denne sammenhengen sterkest for dem som hadde opplevd overgrep som involverte penetrering (Fergusson et al., 2013).

Med dette som bakgrunn var hensikten med denne studien å undersøke om spesifikke overgrepsrelaterte faktorer var assosiert med individuelle forskjeller i arbeidsuførhet i et utvalg av voksne personer som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Spesifikt undersøkte vi om forhold ved både overgrepene (om overgrepene involverte *penetrering*, om man ble utsatt for *fysisk vold*, *trusler* eller *manipulering* fra overgriper) og overgriperen (om overgriperen var en *forelder* eller en *tillitsperson*) predikerte sannsynlighet for arbeidsuførhet, etter å ha kontrollert for proksimale risikofaktorer for arbeidsuførhet, som alder og et bredt spekter av mentale helseproblemer. Basert på den ene tidligere studien som rapporterte en sterkere sammenheng med arbeidsuførhet for overgrep som involverte penetrering (Fergusson et al., 2013), var hypotesen at overgrep som involverte penetrering (voldtekt), ville være assosiert med økt sannsynlighet for arbeidsuførhet. Basert på de ovennevnte studiene som fant mer alvorlige symptomer blant overgrepsutsatte som ble utsatt for vold og trusler, og for dem som hadde hatt en nær relasjon til overgriperen, var hypotesen at også disse forholdene ville være assosiert med økt sannsynlighet for arbeidsuførhet. Ingen spesifikk hypotese ble formulert vedrørende variabelen manipulering, på grunn av manglende tidligere studier som spesifikt har undersøkt sammenhengen mellom denne variabelen og arbeidsevne eller senskader.

MATERIALE OG METODE

Utvalg

Studiens utvalg kom fra prosjektet *Longitudinal Investigation of Sexual Abuse (LISA-undersøkelsen)*. LISA-undersøkelsen var et samarbeidsprosjekt mellom Universitetet i Bergen og de fire største støttesentrene mot incest og seksuelle overgrep i Norge (støttesentrene i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger). I 2009 fikk alle brukerne ved disse sentrene tilbud om å delta i LISA-undersøkelsen gjennom å få tilsendt et informasjonsskriv og et spørreskjema som blant annet inkluderte detaljerte spørsmål om de seksuelle overgrepene de hadde blitt utsatt for (for

eksempel alder ved første overgrep, hvem overgriper var, hvorvidt overgrepene involverte vold/trusler/manipulering fra overgriper, og andre overgrepsrelaterte variabler identifisert som relevante av fagpersoner med ekspertise i feltet), i tillegg til yrkesstatus. For å ivareta brukernes anonymitet ble utsendingene gjort av ansatte ved sentrene. I 2011 gjorde vi en supplerende datainnsamlingsrunde med den hensikt å øke utvalgets størrelse, der nye senterbrukere fra 2009 til 2011 ble invitert til å delta i studien.

Etikk

Studien ble godkjent av Skattedirektoratet, Personvernombudet for forskning, Helsedirektoratet og Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (prosjektnummer 264.08).

Variabler

Karakteristika ved overgrep/overgriper. Vi lagde dikotome variabler (1 = ja, 0 = nei) basert på om overgrepene hadde involvert *penetrering*, om man ble utsatt for *fysisk vold*, *trusler* eller *manipulering* fra overgriper, og om overgriperen var en *forelder* eller en *tillitsperson*. For en oversikt over hvilke spørsmål som inngikk i hver av disse kategoriske variablene, se tabell 1.

Arbeidsuførhet. Respondentene oppgav sin yrkesstatus i en avkrysningsliste. Alternativene var fulltidsansatt, deltidsansatt, arbeidsledig, student, hjemmeværende, pensjonist og uføretrygdet/under attføring (attføring tilsvarende dagens

arbeidsavklaringspenger). Vi lagde en dikotom variabel der respondentene ble klassifisert som enten *uføretrygdet/under attføring* (kodet som «1») eller ikke (alle andre, kodet som «0»).

Kontrollvariabler. Kontrollvariabler inkluderte posttraumatiske stresssymptomer (målt gjennom Impact of Event Scale-Revised; Weiss & Marmar, 1997), angst- og depresjonssymptomer (målt gjennom Hospital Anxiety and Depression Scale; Zigmond & Snaith, 1983), selvska-ding (målt gjennom Self-Harm Inventory; Sansone, Wiederman, & Sansone, 1998), insomni (målt gjennom Bergen Insomnia Scale; Pallesen et al., 2008), marerittrelatert ubehag (målt gjennom Nightmare Distress Questionnaire; Belicki, 1992), fysiske og emosjonelle smerter (målt gjennom Short-form McGill Pain Questionnaire; Melzack, 1987), spiseforstyrrelser (målt gjennom Eating Disorder Examination Self Report Questionnaire; Luce & Crowther, 1999; Mond, Hay, Rodgers, Owen, & Beumont, 2004), disso-siative symptomer (målt gjennom Dissociative Experiences Scale Taxon; Bernstein & Putnam, 1986), opplevd støtte fra familie/venner/andre mennesker (målt gjennom Multidimensional Scale of Perceived Social Support; Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988), og relasjonelle vansker (målt gjennom en skala konstruert spesifikt for LISA-undersøkelsen, som kartla 1) vansker med å stole på andre, 2) vansker med å knytte seg til andre, 3) vansker med å inngå i varige forhold til andre, 4) vansker med å bli glad i andre, og 5) vansker med å tro at andre liker/er i glad i

»

TABELL 1 Hvordan forhold ved overgrepene og overgriperen ble definert.

Penetrering	Inntrengning med kjønnsorgan i munn, vagina eller endetarm Inntrengning med gjenstand i vagina eller endetarm Inntrengning med fingre i vagina eller endetarm
Trusler	«Jeg ble truet med å bli avvist/sendt på barnehjem» «Det ble truet med å skade meg dersom jeg sa ifra» «Det ble truet med å skade noe eller noen jeg var glad i dersom jeg sa ifra»
Fysisk vold	«Jeg ble holdt fast, jeg ble overfalt, det ble utøvd vold»
Manipulering	«Jeg ble manipulert slik at jeg opplevde at overgrepene var min feil» «Jeg ble manipulert ved at jeg syntes synd på den som krenket meg» «Jeg ble lurt, som barn gjør man som den voksne sier, overgriper lot som det var normalt»
Tillit	«Jeg hadde tillit til den som krenket meg»
Overgriper var en forelder	Biologisk forelder Steforelder Fosterforelder

en selv (for en detaljert beskrivelse av måleinstrumentene underliggende disse variablene, se Steine, Winje, Krystal, et al., 2017)

Statistiske analyser

Punkt-biseriale korrelasjonsanalyser. Vi gjorde prelimiminære punkt-biseriale korrelasjonsanalyser for å identifisere variabler som korrelerte med variabelen *uføretrygd/under attføring*, slik at vi kunne kontrollere for disse variablene i regresjonsanalysen. Analysene viste statistisk signifikante korrelasjoner med nåværende alder ($rpb=.240$, $p<.001$), symptomer på posttraumatisk stresslidelse ($rpb=.218$, $p<.001$), angst ($rpb=.221$, $p<.001$), depresjon ($rpb=.313$, $p<.001$), selvskading ($rpb=.250$, $p<.001$), insomni ($rpb=.212$, $p<.001$), marerittrelatert ubehag ($rpb=.193$, $p<.001$), fysiske smerter ($rpb=.363$,

$p<.001$), emosjonelle smerter ($rpb=.322$, $p<.001$), relasjonelle vansker ($rpb=.269$, $p<.001$), og opplevd støtte fra familie/venner/andre mennesker ($rpb=-.273$, $p<.001$).

Hierarkisk binær logistisk regresjon. For å undersøke sammenhengen mellom overgrepsrelaterte variabler og sannsynligheten for å være uføretrygd/under attføring gjorde vi hierarkisk binær logistisk regresjon med *uføretrygd/under attføring* som avhengig variabel. Hierarkisk regresjon ble gjort for å undersøke om de overgrepsrelaterte prediktorvariablene bidro til forklart varians i variabelen *uføretrygd/under attføring* etter å ha kontrollert for alle de andre variablene som viste statistisk signifikant sammenheng med *uføretrygd/under attføring* i de punkt-biseriale korrelasjonsanalysene. Trinn 1 inkluderte derfor alle kontrollvariablene, mens de overgrepsrelaterte variablene ble satt inn i trinn 2.

TABELL 2 Alder, yrkesstatus og utdanning i utvalget.

		M	SD	Spennvidde
	Alder, kvinner (år)	39,6	12,1	18–73
	Alder, menn (år)	37,9	12,6	18–58
	Alder ved første overgrep (år)	6,3	3,5	0–15
	Alder ved siste overgrep (år)	16,8	8,0	3–51
		%		
Yrkesstatus	Uføretrygdet/under attføring	45,9 %		
	Heltidsansatt	24,8 %		
	Deltidsansatt	11,9 %		
	Student	10,5 %		
	Arbeidsledig	3,8 %		
	Hjemmeværende	1,6 %		
	Pensjonist	1,4 %		
Høyeste fullførte utdanning	Universitet/høyskole, høyere grad	17,5 %		
	Universitet/høyskole, lavere grad	29,2 %		
	Videregående skole	24,3 %		
	Faglig yrkesutdanning	13,3 %		
	Grunnskole	14,7 %		
	Ikke avsluttet grunnskole	1,0 %		

Notat: M = Gjennomsnitt. SD = Standardavvik

TABELL 3 Overgrepsrelaterte variabler.

Overgrepene involverte penetrering	77,9 %
Man ble manipulert av overgriper	75,7 %
Overgriper var en tillitsperson	71,1 %
Overgriper utøvde fysisk vold	49,0 %
Overgriper var en forelder	47,6 %
Utsatt for trusler fra overgriper	40,0 %

RESULTATER

Respondenter

Totalt 537 personer besvarte LISA-undersøkelsen (458 i 2009, og 79 i 2011). Svarprosenten i 2009 var 33 %. Svarprosenten fra supplerende rekruttering i 2011 er ukjent, på grunn av begrensninger i registreringsrutinene i denne datainnsamlingsrunden. Av disse oppgav 502 personer (95 % kvinner, 5 % menn) at de var under 16 år første gang de ble utsatt for overgrep. Alle respondentene rapporterte overgrepshandlinger som omfattes av straffelovens kategorier seksuelt krenkende *handlinger* (for eksempel beføling av kjønnsorgan) og *omgang* (for eksempel penetrering med penis/gjenstand i vagina/anus/munn) (Straffeloven, 2005).

Regresjonsanalyser

Resultatene fra regresjonsanalysen er listet i tabell 4. Etter å ha kontrollert for variablene i trinn 1–3, var det signifikant økt sannsynlighet for å være uføretrygdet/under attføring for variablene *trusler* ($OR=2,33$, $p=.018$), *manipulering* ($OR=3,13$, $p=.007$), *tillit til overgriper* ($OR=3,09$, $p=.005$), og *fysisk vold* ($OR=2,98$, $p=.004$). Det ble ikke funnet signifikante sammenhenger for variablene *foreldrovergriper* ($OR=1,25$, $p=.480$) og *penetrering* ($OR=0,44$, $p=.064$).

DISKUSJON

Formålet med denne studien var å undersøke om spesifikke forhold ved overgrepene og overgriper var assosiert med sannsynligheten for

TABELL 4 Sammenhengen mellom prediktorvariabler og arbeidsuførhet i regresjonsanalysene.

	Ujusterte analyser			Justerte analyser		
	OR	95 % KI OR	<i>p</i>	OR	95 % KI OR	<i>p</i>
Trinn 1 (kontrollvariabler)						
Alder (nåværende)	1,04	1,03 – 1,06	<0,001*	1,05	1,02 – 1,09	0,001*
Depresjonssymptomer	1,17	1,12 – 1,23	<0,001*	1,13	1,02 – 1,25	0,017*
Angstsymptomer	1,11	1,01 – 1,16	<0,001*	0,98	0,89 – 1,09	0,768
Insomnisymptomer	1,04	1,03 – 1,06	<0,001*	0,97	0,95 – 1,03	0,483
Selvskadingsatferd	1,13	1,08 – 1,19	<0,001*	1,02	0,93 – 1,12	0,685
Posttraumatiske stress-symptomer	1,03	1,01 – 1,04	<0,001*	0,99	0,96 – 1,01	0,297
Smerter (fysiske og emosjonelle)	1,09	1,06 – 1,11	<0,001*	1,11	1,06 – 1,16	<0,001*
Marettrelatert ubehag	1,04	1,02 – 1,06	<0,001*	0,98	0,93 – 1,01	0,248
Relasjonelle vansker	1,15	1,10 – 1,20	<0,001*	1,12	1,01 – 1,23	0,024*
Opplevd støtte fra venner/familie/andre	0,961	0,948 – 0,974	<0,001*	1,00	0,98 – 1,03	0,853
Trinn 2 (aspekter ved overgrep/overgriper)						
Trusler	1,89	1,31 – 2,71	0,001*	2,33	1,15 – 4,70	0,018*
Manipulering	1,35	0,089 – 2,03	0,160	3,13	1,37 – 7,14	0,007*
Overgriper tillitsperson	0,989	0,672 – 0,146	0,957	3,09	1,41 – 6,78	0,005*
Fysisk vold	2,50	1,74 – 3,58	<0,001*	2,98	1,42 – 6,23	0,004*
Overgriper en forelder	1,48	1,04 – 2,10	0,030*	1,25	0,67 – 2,34	0,480
Penetrering	1,73	1,12 – 2,67	0,013*	0,44	0,17 – 1,05	0,064

Notat: OR= Odds Ratio. 95 % KI OR= 95 % Konfidensintervall for OR.

Variablene i trinn 1 er kontinuertlige variabler. Variablene i trinn 2 er dikotome variabler.

*indikerer statistisk signifikans på *p* < .05-nivå

Kontrollvariablene i trinn 1 forklarte mellom 26,7 % (Cox & Snell R²) og 36,0 % (Nagelkerke R²) av variansen i arbeidsuførhet. Variablene i trinn 2 førte til en økning i forklart varians til mellom 34,6 % (Cox & Snell R²) og 46,5 % (Nagelkerke R²).

arbeidsuførhet i et utvalg personer utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Funnene viste at det var økt sannsynlighet for arbeidsuførhet for dem som hadde blitt utsatt for trusler, manipulering eller vold fra overgriper, og blant dem som hadde hatt en tillitsrelasjon til overgriperen. Disse faktorene predikerte sannsynligheten for uføretrygd selv etter at vi kontrollerte for andre risikofaktorer for arbeidsuførhet i form av psykiske vansker, som også hadde sammenheng med arbeidsuførhet i utvalget.

I de fullt justerte analysene hadde respondenter som hadde blitt utsatt for vold, trusler og manipulering, og som hadde hatt en tillitsrelasjon til overgriper, to til tre ganger så høy sannsynlighet for å være arbeidsuføre sammenlignet med dem som ikke rapporterte disse forholdene ved overgrepene og overgriperen. Dette indikerer at disse forholdene kan være

utslagsgivende for hvorvidt utsatte blir arbeidsuføre i voksen alder.

Studien gir imidlertid ikke svar på *hvordan* disse forholdene har bidratt til redusert arbeidsfungering. Det å bli utsatt for seksuelle overgrep i barndommen fra en overgriper som er en tillitsperson, eller som truer, manipulerer eller utfører vold, kan være knyttet til mer alvorlige psykososiale senskader for den utsatte, noe som igjen kan manifesteres som økt arbeidsuførhet. For eksempel kan det å ha blitt manipulert av overgriperen til å tro at overgrepene er ens egen feil (dette var et av spørsmålene som inngikk i denne variabelen), føre til mer langvarige og komplekse reaksjoner i form av skam- og skyldfølelse, som igjen er funnet å henge sammen med mer alvorlige mentale helseproblemer, inkludert depresjon, angst, selvskadning, PTSD og kompleks PTSD (Cunha, »

Matos, Faria, & Zagalo, 2012; Dorahy et al., 2013; Kim, Thibodeau, & Jorgensen, 2011; Sheehy et al., 2019; Taylor, 2015; Tilghman-Osborne, Cole, Felton, & Ciesla, 2008).

Det kan også tenkes at å ha blitt utsatt for trusler og vold fra overgriperen fører til mer langvarige frykt- og stressreaksjoner, noe som igjen kan føre til større funksjonsfall. I tråd med en slik tolkning viser tidligere studier i samme utvalg at vold og trusler var knyttet til mer alvorlige symptomforløp av posttraumatisk stress (Steine, Winje, Skogen, et al., 2017) og insomni (Steine et al., 2019), som begge har blitt assosiert med økt arbeidsuførhet i andre studier (Kessler, 2000; Sivertsen et al., 2006).

Studien vår viser imidlertid at disse forholdene ved overgrepene og overgriperen predikerte sannsynligheten for arbeidsuførhet selv når vi kontrollerte for et bredt spekter av mentale helseproblemer, inkludert både posttraumatisk stress og insomni. Dette indikerer at sammenhengen ikke kan forklares av høyere skårer på de inkluderte symptommålene alene. For å øke den faglige forståelsen for hvordan disse forholdene ved overgrepene og overgriperen bidrar til redusert arbeidsfungering, bør sammenhengen undersøkes nærmere i kvalitative studier.

Å bli utsatt for overgrep fra en tillitsperson kan tenkes å føre til vansker med å stole på andre mennesker, noe som igjen kan gjøre det vanskeligere å bygge gode, nære relasjoner sammenlignet med når overgriperen er en fremmed person eller en person den utsatte ikke hadde tillit til. Dette kan resultere i at man får færre støttende relasjoner videre i livet. I lys av den velkjente betydningen av støttende relasjoner for både fysisk og mental helse generelt (Cohen & Wills, 1985; Rueger, Malecki, Pyun, Aycock, & Coyle, 2016; Uchino, 2006; Umberson & Montez, 2010), og for å takle stress og traumatiske hendelser spesifikt (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Cohen, 2004; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2008), kan dette igjen resultere i større vansker med å håndtere stress og motgang, med påfølgende større funksjonsfall.

Når overgriperen er en tillitsperson, kan også forvirringen og usikkerheten som overgrepsutsatte ofte føler, bli ytterligere forsterket, fordi relasjonen til en overgriper da også består av positive forhold (for eksempel kjærlighet, ivaretagelse, deltagelse i hobbyer, fritidsaktiviteter, reiser, sosial tilhørighet, støtte,

og så videre). I tråd med dette har det å ha hatt en tillitsperson som overgriper blitt identifisert som en viktig faktor som hindrer overgrepsutsatte i å fortelle noen om overgrepene (McElvaney, 2015; Morrison, Bruce, & Wilson, 2018; Steine et al., 2016), noe som sannsynligvis fører til at det går lengre tid før man søker hjelp til bearbeiding.

Depresjonssymptomer, smerter og relasjonelle vansker var de eneste av kontrollvariablene som forble statistisk signifikant assosiert med arbeidsuførhet etter at forhold ved overgrepene og overgriperen ble lagt til i den fullt justerte regresjonsanalysen. Depresjon og smertetilstander er fra før av identifisert som ledende årsaker til sykdomsbyrde og arbeidsuførhet (Theis, Roblin, Helmick, & Luo, 2018; Vos et al., 2012). Våre resultater er dermed konsistent med eksisterende kunnskap. Vi kjenner ikke til tidligere forskning som direkte har undersøkt relasjonelle vansker som risikofaktor for arbeidsuførhet. At relasjonelle vansker kan spille en rolle i arbeidsuførhet, støttes imidlertid av en tidligere norsk studie av unge personer i risikogruppen for å bli uføretrygdet. Her ble det funnet at relasjonelle vansker var den forklaringen respondentene selv hyppigst attribuerte som årsaken til deres sykdom/lidelse som lå bak vanskene med å fungere i arbeid (Sveinsdottir, Eriksen, Baste, Hetland, & Reme, 2018).

Relasjonelle vansker i seg selv kan gjøre det vanskelig å fungere i arbeid, gjennom direkte vansker med å forholde seg til kolleger og andre mennesker, eller indirekte gjennom vansker i privatlivet, som dernest kommer til uttrykk som vansker med å konsentrere seg om arbeidsoppgaver. Det kan også tenkes at målet på relasjonelle vansker fanger opp andre symptomer eller lidelser som er knyttet til arbeidsuførhet, men som ikke ble målt direkte i denne studien. For eksempel er det fra før av kjent at seksuelle overgrep i barndommen øker risikoen for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (de Aquino Ferreira, Queiroz Pereira, Neri Benevides, & Aguiar Melo, 2018; Stepp, Lazarus, & Byrd, 2016), som i seg selv er assosiert med både relasjonelle vansker (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004) og arbeidsuførhet (Ansell, Sanislow, McGlashan, & Grilo, 2007; Zanarini, Frankenburg, Reich, & Fitzmaurice, 2010).

Gjennom å måle relasjonelle vansker kan vi også ha fanget opp kompleks PTSD, som i ICD-11 har relasjonelle vansker blant de diag-

nostiske kriteriene (World Health Organization, 2018). Kompleks PTSD er mer utbredt enn PTSD blant personer utsatt for vedvarende vold og seksuelle overgrep i barndommen, og er også knyttet til større funksjonsfall (Karatzias et al., 2017). PTSD-symptomer, som var knyttet til en statistisk signifikant økt sannsynlighet for arbeidsuførhet i den ujusterte regresjonsanalysen, mistet den statistiske signifikansen i de justerte analysene. Dette kan indikere at de relasjonelle vanskene i seg selv, eller eventuelle andre symptomgrupper de relasjonelle vanskene reflekterer, i større grad er utslagsgivende for arbeidsevne sammenlignet med andre PTSD-kjernesyntomer. Dataene fra LISA-undersøkelsen kan imidlertid ikke gi svar på dette, ettersom undersøkelsen ikke inkluderte mål på kompleks PTSD. Sammenhengen mellom kompleks PTSD og arbeidsuførhet bør undersøkes i fremtidige studier, i takt med fremveksten av standardiserte måleinstrumenter av denne nylig innførte diagnosekategorien (Litvin, Kaminski, & Riggs, 2017).

Overgrep som involverte penetrering, var ikke statistisk signifikant assosiert med arbeidsuførhet i vår studie. Dette er inkonsistent med den eneste tidligere studien som har undersøkt denne mulige assosiasjonen (Fergusson et al., 2013). Metodologiske forskjeller kan kanskje forklare de to ulike funnene. Studien til Fergusson og kolleger inkluderte både overgrepsutsatte og ikke-overgrepsutsatte. De fant økt sannsynlighet for arbeidsuførhet blant personer utsatt for seksuelle overgrep før fylte 16 år, sammenlignet med ikke-overgrepsutsatte. Sammenhengen var sterkere for dem som hadde opplevd overgrep som involverte penetrering, noe som gjaldt 6,3 % av utvalget. Utvalget i den studien hadde dermed større variasjon i de overgrepsrelaterte variablene sammenlignet med LISA-undersøkelsen, der alle respondentene var overgrepsutsatte. Videre var 502 av respondentene i LISA-undersøkelsen under 16 år da overgrepene startet, og 80 % hadde vært utsatt for overgrep som involverte penetrering. Siden begrenset variasjon i prediktorvariabler reduserer evnen til å fange opp statistiske effekter på grunn av den begrensede variasjonen i utvalget som dette medfører, kan LISA-undersøkelsen dermed ha en begrensning her. Dermed kan vi ikke konkludere med at den manglende sammenhengen i vår studie nødvendigvis er substansiell. Sammenhengen mellom overgrep som involverte penetrering og sannsynlighet for arbeidsuførhet bør derfor undersøkes i utvalg som viser større variasjon i denne variabelen. En annen metodologisk forskjell mellom studien til Fergusson og kolleger og vår studie er utvalgenes størrelse. LISA-utvalget var betydelig mindre (N = 502) enn utvalget i Fergusson og kollegers studie (N = 987), noe som også kan ha redusert sannsynligheten for å fange opp eventuelle statistiske effekter i LISA-undersøkelsen.

Det var heller ikke en sammenheng mellom å ha hatt en forelder som overgriper og sannsynligheten for uføretrygd i den justerte regresjonsanalysen. Siden dette så vidt oss bekjent er den første studien som undersøker denne sammenhengen, kan vi ikke vise til annen empirisk evidens som støtter, eller motsier, våre funn. Funnet kan fremstå som overraskende, ettersom det å ha hatt en forelder som overgriper kan forventes å korrelere med det å ha hatt tillitt til overgriper, og siden det å ha hatt en tillitsperson som overgriper var assosiert med arbeidsuførhet. Imidlertid opptrer ikke disse forholdene nødvendigvis alltid sammen. For eksempel kan man mangle tillit til en forelder som utsetter en for overgrep, men ha tillit til en ikke-forelder som begår overgrep (venn, annet familiemedlem, aktivitetsleder, religiøs leder, osv.). Dette gjenspeiles også i LISA-utvalget, der en relativt høy andel av dem som hadde hatt en forelder som



Det var økt sannsynlighet for arbeidsuførhet for dem som hadde blitt utsatt for trusler, manipulering eller vold fra overgriper, og blant dem som hadde hatt en tillitsrelasjon til overgriper



Studien gir imidlertid ikke svar på *hvordan* disse forholdene har bidratt til redusert arbeidsfungering

overgriper, oppgav at de *ikke* hadde hatt tillit til overgriperen (28 %), og en høy andel av dem som ikke hadde hatt foreldre som overgriper, oppgav at overgriperen var en tillitsperson (71 %). Å ha hatt en forelder som overgriper var assosiert med arbeidsuførhet i de ikke-justerte analysene, noe som ikke ble funnet for variabelen 'tillitsperson'. I de justerte analysene fant vi derimot at variabelen 'tillitsperson' hang sammen med arbeidsuførhet, men ikke variabelen 'forelder'. Dette kan tyde på at det spesielt er *tillitsaspektet* ved å ha blitt utsatt for overgrep fra en forelder som er det mest utslagsgivende forholdet for senere arbeidsfungering.

Selv om studien vår har besvart noen spørsmål om forhold ved overgrepene og overgriper som kan påvirke individuelle forskjeller i arbeidsuførhet blant overgrepsutsatte, reiser de også en rekke spørsmål knyttet til *hvordan* disse forholdene forårsaker den økte risikoen. Disse spørsmålene kan best besvares gjennom kvalitative intervjuer av overgrepsutsatte, og i longitudinelle studier som følger overgrepsutsatte fra barn- dom til voksen alder, og som inkluderer bredere mål på psykopatologi i tillegg til arbeidsuførhet.

Begrensninger og styrker

Begrensninger ved studien inkluderer den relativt lave svarprosenten i LISA-undersøkelsen. Dette gjør det usikkert hvor representativt utvalget er for befolkningen for øvrig, og dermed om funnene vil kunne generaliseres til befolkningen for øvrig. Videre bestod utvalget nesten utelukkende av kvinner. Det er derfor usikkert om resultatene kan generaliseres til overgrepsutsatte menn. En annen begrensning er at utvalget utelukkende bestod av brukere av støttesentre, og det er uvisst om brukere av slike sentre er representative for populasjonen av overgrepsutsatte som helhet. Det kan tenkes at overgrepsutsatte som oppsøker slike sentre er mer ressurssterke, opplever mindre sosial støtte i privatlivet, har opplevd mer alvorlige overgrep (for eksempel hadde majoriteten av utvalget opplevd svært grove overgrep som startet i svært ung alder, varte over mange år, fra en overgriper som var en forelder eller en annen tillitsperson), eller har mer alvorlige senskader. For eksempel var symptomskårene i utvalget gjennomgående høyt, og en svært høy andel av utvalget var arbeidsuføre, noe som tyder på et mer alvorlig symptombylde. Det kan imidlertid også tenkes at utvalget innenfor enkelte symptomgrupper var selv-selektert for mindre alvorlige symptomer. Spesifikt var nivået av depresjon svært lavt i utvalget, noe som kan indikere at personer med mer depresjon i større grad lot være å besvare undersøkelsen. En annen begrensning er studiens tverrsnittsdesign, som innebærer at alle variablene benyttet i studien ble målt på ett og samme tidspunkt, og at respondentene ble rekruttert i voksen alder. Følgelig bør funnene replikeres i longitudinelle, prospektive studier der utvalget består av både kvinnelige og mannlige overgrepsutsatte, rekruttert fra den representative befolkningen.

Styrker ved studien inkluderer det store utvalget av overgrepsutsatte og den omfattende kartleggingen av både overgrepsrelaterte variabler og mentale helseproblemer, noe som bidrar til ny kunnskap om et tidligere svært lite studert tema.

Kliniske implikasjoner

Seksuelle overgrep mot barn er utbredt i den generelle befolkningen og utgjør en sterk, generell risikofaktor for livslange helseproblemer, noe

som gjør det til et samfunns- og folkehelseproblem. Tidligere studier har også vist at seksuelle overgrep i barndommen er en risikofaktor for arbeidsuførhet som voksen, og at risikoen er større når overgrepene skjer tidlig i livet. Denne studien bidrar til ny kunnskap gjennom å belyse sammenhengen mellom ulike forhold ved overgrep og overgriper og individuelle forskjeller i sannsynligheten for senere arbeidsuførhet.

Dersom funnene fra denne studien replikeres i andre studier, kan denne økte grunnforståelsen for faktorer som bidrar til individuelle forskjeller i arbeidsuførhet blant overgrepsutsatte, brukes av helsepersonell og andre yrkesgrupper i møte med overgrepsutsatte. For eksempel kan kunnskapen inngå i psykoedukasjon og kunnskapsformidling, og dermed komme overgrepsutsatte til gode gjennom økt forståelse for egne symptomer og fungeringsgrad.

KONKLUSJONER

I et stort utvalg av hovedsakelig kvinnelige overgrepsutsatte personer viste denne studien at det var økt sannsynlighet for arbeidsuførhet i voksen alder blant respondenter som oppgav å ha blitt utsatt for fysisk vold, trusler eller manipulering fra overgriper, og der overgriperen var en person man hadde hatt tillit til. Studien bidrar til økt forståelse for forhold ved overgrepene og overgriperen som er knyttet til individuelle forskjeller i arbeidsuførhet blant overgrepsutsatte.

Prosjektet er støttet av Rådet for psykisk helse og Stiftelsen Dam. Forfatterne ønsker å takke støtte-sentrene 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 deres verdifulle bidrag i utarbeidingen av denne artikkelen. ✕

REFERANSER

- Ansell, E.B., Sanislow, C.A., McGlashan, T.H., & Grilo, C.M. (2007). Psychosocial impairment and treatment utilization by patients with borderline personality disorder, other personality disorders, mood and anxiety disorders, and a healthy comparison group. *Comprehensive Psychiatry*, 48(4), 329–336. <https://doi.org/10.1016/j.compsych.2007.02.001>
- 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>
- Beichtman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E., DaCosta, G.A., & Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15, 537–556. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(91\)90038-f](https://doi.org/10.1016/0145-2134(91)90038-f)
- Beichtman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E., DaCosta, G.A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16, 101–118. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(92\)90011-F](https://doi.org/10.1016/0145-2134(92)90011-F)
- Belicki, K. (1992). The relationship of nightmare frequency to nightmare suffering with implications for treatment research. *Dreaming*, 2, 143–148. <https://doi.org/10.1037/h0094355>
- Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727–735. <https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.68.5.748>

- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, *59*, 676–684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, *98*. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cunha, M., Matos, M., Faria, D., & Zagalo, S. (2012). Shame memories and psychopathology in adolescence: The mediator effect of shame. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, *12*(2), 203–218. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56023336006>
- de Aquino Ferreira, L.F., Queiroz Pereira, F.H., Neri Benevides, A.M.L., & Aguiar Melo, M.C. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research*, *262*, 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.043>
- Dorahy, M.J., Corry, M., Shannon, M., Webb, K., McDermott, B., Ryan, M., & Dyer, K.F. (2013). Complex trauma and intimate relationships: the impact of shame, guilt and dissociation. *Journal of Affective Disorders*, *147*(1–3), 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.010>
- Feehan, M., Nada-Raja, S., Martin, J.A., & Langley, J.D. (2001). The Prevalence and Correlates of Psychological Distress Following Physical and Sexual Assault in a Young Adult Cohort. *Violence and Victims*, *16*(1), 49–63. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.16.1.49>
- 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>
- Hulme, P.A., & Agrawal, S. (2004). Patterns of childhood sexual abuse characteristics and their relationships to other childhood abuse and adult health. *Journal of Interpersonal Violence*, *19*(4), 389–405. <https://doi.org/10.1177/0886260503262079>
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., . . . Brewin, C.R. (2017). PTSD and complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European journal of psychotraumatology*, *8*(sup7), 1418103. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1418103>
- Kendall-Tackett, K.A., Williams, L.M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, *113*, 164–180. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164>
- Kendler, K.S., Bulik, C.M., Silberg, J., Hettema, J.M., Myers, J., & Prescott, C.A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, *57*(10), 953–959. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.10.953>
- Kessler, R.C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, *61 Suppl 5*, 4–12; discussion 13–14. <https://doi.org/10761674>
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R.S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *137*, 68–96. <https://doi.org/10.1037/a0021466>
- 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>
- Leserman, J. (2005). Sexual abuse history: prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. *Psychosomatic Medicine*, *67*(6), 906–915. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000188405.54425.20>
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, *364*(9432), 453–461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
- Litvin, J.M., Kaminski, P.L., & Riggs, S.A. (2017). The Complex Trauma Inventory: A self-report measure of posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *30*(6), 602–613. <https://doi.org/10.1002/jts.22231>
- Luce, K.H., & Crowther, J.H. (1999). The reliability of the Eating Disorder Examination-Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorders*, *25*(3), 349–351. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199904\)25:3<349::AID-EAT15>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199904)25:3<349::AID-EAT15>3.0.CO;2-M)
- 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>
- Melzack, R. (1987). The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*, *30*(2), 191–197.
- Mond, J.M., Hay, P.J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P.J. (2004). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(5), 551–567. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00161-x](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00161-x)
- 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>
- Nelson, E.C., Heath, A.C., Madden, P.F., & et al. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, *59*(2), 139–145. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.2.139>
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2008). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *5*(1), 3–36. <https://doi.org/10.1037/1942-9681.5.1.3>
- Pallesen, S., Bjorvatn, B., Nordhus, I.H., Sivertsen, B., Hjørnevik, M., & Morin, C.M. (2008). A new scale for measuring insomnia: The Bergen Insomnia Scale. *Perceptual and Motor Skills*, *107*, 691–706. <https://doi.org/10.2466/pms.107.3.691-706>
- Pinto Pereira, S.M., Li, L., & Power, C. (2016). Child maltreatment and adult living standards at 50 years. *Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1595>
- Rueger, S.Y., Malecki, C.K., Pyun, Y., Aycock, C., & Coyle, S. (2016). A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*. <https://doi.org/10.1037/bul0000058>
- Sansone, R.A., Wiederman, M.W., & Sansone, L.A. (1998). The Self-Harm Inventory (SHI): development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *54*(7), 973–983. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(199811\)54:7<973::aid-jclp11>3.0.co;2-h](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(199811)54:7<973::aid-jclp11>3.0.co;2-h)

- Sheehy, K., Noureen, A., Khaliq, A., Dhingra, K., Husain, N., Pontin, E.E., . . . Taylor, P.J. (2019). An examination of the relationship between shame, guilt and self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review, 73*, 101779. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101779>
- Sivertsen, B., Overland, S., Neckelmann, D., Glozier, N., Krokstad, S., Pallesen, S., . . . Mykletun, A. (2006). The long-term effect of insomnia on work disability: The HUNT-2 historical cohort study. *American Journal of Epidemiology, 163*(11), 1018–1024. <https://doi.org/10.1093/aje/kwj145>
- Steine, I.M., Bjorvatn, B., Winje, D., Grønli, J., Nordhus, I.H., Milde, A.M., & Pallesen, S. (2020). Seksuelle overgrep i barndommen og arbeidsuførhet i voksenalder: Funn fra et norsk befolkningsutvalg. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 4*, 258–269.
- Steine, I.M., Skogen, J.C., Krystal, J.H., Winje, D., Milde, A.M., Grønli, J., . . . Pallesen, S. (2019). Insomnia symptom trajectories among adult survivors of childhood sexual abuse: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect, 93*, 263–276. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.05.009>
- 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., Skogen, J.C., Krystal, J.H., Milde, A.M., Bjorvatn, B., . . . Pallesen, S. (2017). Posttraumatic symptom profiles among adult survivors of childhood sexual abuse: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect, 67*, 280–293. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.002>
- Stepp, S.D., Lazarus, S.A., & Byrd, A.L. (2016). A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personality disorders, 7*(4), 316–323. <https://doi.org/10.1037/per0000186>
- Lov om straff av 20.5.2005, kapittel 26, 26 C.F.R. (2005).
- Sveinsdóttir, V., Eriksen, H.R., Baste, V., Hetland, J., & Reme, S.E. (2018). Young adults at risk of early work disability: who are they? *BMC Public Health, 18*(1), 1176–1176. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6095-0>
- Taylor, T.F. (2015). The influence of shame on posttrauma disorders: Have we failed to see the obvious? *European journal of psychotraumatology, 6*, 28847–28847. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28847>
- Theis, K.A., Roblin, D.W., Helmick, C.G., & Luo, R. (2018). Prevalence and causes of work disability among working-age U.S. adults, 2011–2013, NHIS. *Disability and Health Journal, 11*(1), 108–115. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.04.010>
- Tilghman-Osborne, C., Cole, D.A., Felton, J.W., & Ciesla, J.A. (2008). Relation of guilt, shame, behavioral and characterological self-blame to depressive symptoms in adolescents over time. *Journal of social and clinical psychology, 27*(8), 809–842. <https://doi.org/10.1521/jscp.2008.27.8.809>
- Tremblay, C., Hébert, M., & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect, 23*(9), 929. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00056-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00056-3)
- Trickett, P.K., Reiffman, A., Horowitz, L.A., & Putnam, F.W. (1997). Characteristics of sexual abuse trauma and the prediction of developmental outcomes. In D. Cicchetti & S.L. Toth (red.), *Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention*. (Vol. 8). New York: University of Rochester Press.
- Tyler, K. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and violent behavior, 7*, 567–589. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(01\)00047-7](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(01)00047-7)
- Uchino, B.N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine, 29*(4), 377–387. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9056-5>
- Umberson, D., & Montez, J.K. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of health and social behavior, 51*(Suppl.), 54–66. <https://doi.org/10.1177/0022146510383501>
- Vos, T., Flaxman, A.D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., . . . Murray, C.J.L. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet, 380*(9859), 2163–2196. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61729-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61729-2)
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. I J.P. Wilson & T.M. Keane (red.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. (Vol. 2). New York: The Guilford Press.
- World Health Organization. (2018). International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision). Hentet fra <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f585833559>
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., & Fitzmaurice, G. (2010). The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Acta psychiatrica Scandinavica, 122*(2), 103–109. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01543.x>
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatrica Scandinavica, 67*, 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality assessment, 52*, 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

FRI ASSOSIASJON

Dansende piksler

Hvordan kan to kropper finne hverandre, to nervesystemer koble seg på hverandre, når de faktisk ikke er der sammen?

TEKST

Julie Barrie, psykolog,
Varden Spesialistsenter, Nesodden



SKJERMEN For det er jo faktisk ikke et ekte menneske jeg har hatt foran meg. Foto: Harry Gruyaert/Magnum/NTB

- VIDEOTERAPI FUNGERER overraskende bra, forskning viser at det er like bra som vanlig terapi for lette til moderate plager, og stadig flere psykologer i både offentlig og privat praksis bruker det. Skal vi prøve det neste time?

Jeg lukker pc-en. To uker med kun videokonsultasjoner er tilbakelagt.

Det har jo gått bra?! Det føles som om jeg og klientene har jobbet med meningsfulle ting, tatt noen steg videre i terapien. Og mange sa de ville prøve igjen.

Men jeg ville nok ikke jobbet som psykolog, var det slik det skulle være.

Jeg stopper opp. Hvorfor tenkte jeg det? Jeg hadde jo nettopp konkludert med at det gikk overraskende bra?

Jeg ble gående og grunne over det.

For hva var det som fikk meg til å føle det sånn? For det stemte jo.

Det var noe med følelsen etterpå, som hadde tatt tid å registrere. En litt vond følelse, noe tomt. Jeg var sliten på en annen måte enn jeg pleier.

Terapiene på video hadde vært fine, praktiske, relativt nyttige, men også litt på overflaten. Samtalene hadde i større grad enn vanlig tatt form som en alminnelig dialog. Stillheten, ordene som blir hengende i luften, det som skjer her og nå, hadde ikke fått mye plass. Og følelsen etterpå var at noe viktig manglet.

For det er jo faktisk ikke et ekte menneske jeg har hatt foran meg. Det er en skjerm, med små fargepartikler som danser og lager en illusjon av et ansikt og bevegelse. Og lydbølger som imiterer en stemme.

Men det er ikke et menneske av kjøtt og blod.

Som sitter rett overfor meg i stolen.

Som puster i samme luft som meg.

Som har et nervesystem som er i full gang med å registrere og organisere og koble sammen det som skjer.

Et blikk som møter mitt, eller trekker seg tilbake igjen.

En hånd som nesten umerkelig leter etter noe å holde fast i.

En fot som vrir seg forsiktig til siden.

Den amerikanske psykiateren Bruce Perry sier at vi «prøver på intimitet» i terapi. På samme måte som små barn søker vekk fra foreldrene

sine i korte perioder for å prøve på selvstendighet, så prøver vi på nærhet og intimitet i terapirummet. Det kommer gjerne ikke i de første timene, men etter hvert kan små gygne øyeblikk oppstå – øyeblikk der terapeut og klient stopper opp i en følelse, blikkene møtes, og det er en helt spesiell opplevelse av fellesskap. Vi har fått tak i noe sammen, forstått noe sammen og vi *er* i det sammen. Møteøyeblikk kaller Daniel Stern det, og beskriver hvordan nervesystemene våre har funnet hverandre, er synkroniserte, og hvordan samregulering og endring oppstår.

Det er dette som er magien i terapi. Det er dette som gjør at jeg elsker å jobbe som psykolog.

Men hvordan kan sånt skje mellom to skjermer? Hvordan kan to kropper finne hverandre, to nervesystemer koble seg på hverandre, når de faktisk ikke er der sammen?

Hjernen vår er fantastisk til å sette sammen disse små fargepartiklene vi ser på skjermer, så det oppleves som både ekte mennesker og ekte bevegelser. Men hva med bruken av resten av kroppen vår? De andre sansene våre?

Jeg forestiller meg hvordan hjernen er hyperaktiv og lyser opp under videoterapi; tolker og sammenstiller det den ser og hører, og sender signaler ut til resten av kroppen. Men hva med den andre veien? Hva kan kroppen kommunisere tilbake når den ikke har en annen kropp i rommet å fange opp?

Kanskje det er derfor jeg får den litt tomme, vonde følelsen etter uker med videokonsultasjoner. Opplevelsene er bare top-down, ikke bottom-up. Kanskje det også er med på å forklare mye av slitenheten jeg opplever etter videoterapi.

For vil ikke opplevelser via skjerm alltid være en fattigere opplevelse?

Dating via skjerm?

Naturopplevelser via skjerm?

Konserter via skjerm?

Post korona kommer jeg nok fortsatt til å tilby videoterapi til dem som av ulike grunner ikke kan møte opp på kontoret. Og jeg synes det er fint at psykologer utvider tilbudet sitt ved å nå folk på flere plattformer.

Men som jeg gleder meg til å ta imot klienter på kontoret igjen! ❌



Veien tilbake til ordene

Hun var pasient hos ham, han var pasient hos en annen. Begge beveget de seg mot forsoning, parallelt og langsomt gjennom et landskap uten rette stier.

DET ER SEPTEMBER, og han kjører innover grusvegen. De har invitert ham hjem til småbruket de kjøpte like etter at de møttes første gang. Det er snart tre år siden hun kom som pasient til ham på sykehuset i følge med mannen sin. Som en avslutning på vandringen de har tilbakelagt sammen, vil de gjerne vise ham stedet. De møter ham i tunet, hjertelige og glade.

Løvet gulner, det er en slik god septemberdag en kan oppleve i overgangen mellom sommer og høst. De viser ham eiendommen med entusiasme, den er mye større enn han trodde. Det var et nedslitt bruk da de kjøpte det. Stedet var grodd igjen, uthuset forfallent, måtte rives og bygges nytt. Huset måtte settes i stand. Det lå et stor arbeid og ventet på dem.

Nå er alt forandret. Mange trær er borte, stubbene fjernet, jorden jevnet ut og sådd til. Den store hagen bølger ned mot skogstjernet som ligger der stille og speiler skogen. De har bygd det hele opp, møysommelig og med omtanke. Det har tatt tid, men de har arbeidet, gjort litt etter litt, med tålmodighet og ønske om å skape noe nytt sammen.

Hun har gravd i bakken i timevis. Med spade eller bare hendene har hun endevendt

jorda og funnet fram stein etter stein. Mens hendene har arbeidet, har undringen ligget i henne; hvordan beveget de seg her for 400 år siden, da stedet ble bebodd for første gang? Hvor var det naturlig å gå, hva gav minst motstand og kjentes mest riktig i dette terrenget? Gradvis har hun gjenskapt stier over eiendommen, avgrenset dem med steinene hun har hentet opp fra bakken, og dekket dem med grov flis. Nå bukter stiene seg gjennom hagen som et årenett. De danner organiske mønstre som binder hagen sammen. Det er vakkert, ingen prydhage, men de har skapt en stor, god hage, et materielt fotavtrykk av veien de har gått de siste årene.

Det var ikke slik da de møttes på kontoret hans på alderspsykiatrisk poliklinikk tre år tidligere.¹ Hun var knapt 70 og hadde med nød og neppe

.....

1. Teksten baserer seg på en sann historie. Kvinnen og mannen hennes som er omtalt har begge gjennomgått teksten, hatt mulighet for spørsmål, kommentarer og endringer og samtykket skriftlig til at den publiseres.

TEKST

Håkon Holvik
Torgunrud, overlege,
Alderspsykiatrisk
enhet, Psykiatrisk
avdeling, Sørlandet
sykehus HF Arendal

KONTAKT

holvikto@online.no

ILLUSTRASJON

Åshild Irgens



overlevd en alvorlig hjernebetennelse et par år i forveien. Virusangrepet hadde brakt henne tett inn mot dødens terskel. Hun overlevde, men viruset satte spor etter seg. MR-bildene viste skader, ikke minst i tinninglappen, der senter for hukommelsen ligger. Livet var kullkastet og fremtiden uviss.

Nå satt hun der sammen med mannen sin, menneske av kjøtt og blod, preget av MR-bildenes ubarmhjertige beskrivelse. Arbeidet som lærer hadde engasjert henne, med hjerte for de «vanskelige» og en egen evne til å komme andre i møte. Litteratur og fellesskap med andre hadde betydd så mye. Hun hadde vært selvstendig, med sterk vilje, gode evner og mot.

Nå hadde hun vansker med å snakke, lette etter ordene og strevde med å forme fulle setninger. Hun kunne ikke skrive, ikke lese, og hukommelsen og konsentrasjonsevnen var tydelig svekket. Uten hjelp av mannen kunne hun ikke klare seg, selv ikke noen timer.

Håpløsheten stod i øynene hennes, og uroen, fortvilelsen og mørket lå som en kappe over henne. Hun snakket så godt hun kunne, men det var brokker av setninger og ofte vanskelig å forstå. Etter 20 minutter seg det et utmattet slør for øyene hennes. Hun ville så gjerne, hun ville ut av det, men det stoppet opp, hun klarte det ikke.

Da de møttes første gang, var han tilbake på arbeid som behandler etter lang sykemelding. Depresjonen hadde kommet som en ubuden gjest og brakte med seg kvernende uro, søvnløshet og et mørke han ikke maktet å beskytte seg mot. Han sprellet som en fisk i garnet, men kom ikke løs. Han var fanget i mørket.

Så mye av det som var viktig for ham, falt i grus. Det å være i arbeid, ha evne til å mobilisere, yte og strekke seg etter det han ville oppnå – han klarte det ikke, det gikk rett og slett ikke. Det var som om den mentale kapasiteten var utsatt for lekkasje, han ble så sliten av så lite. Tykk og tung tåke la seg over hjernen og lammet den, og han ble tvunget til å hvile. Det eneste som kunne få tåken til å lette, var søvn.

Å være sosial var en anstrengelse. Og kanskje det såreste – å kunne være der for sine nærmeste, med ro og trygghet i seg selv – han fikk det ikke til. Identiteten hans krakelerte, og



Til alle tider har mennesker gått gjennom disse landskapene. De er aldri like, alltid preget av den enkelte med sin egenart, historie, bakgrunn og lidelse

selvbildet falt i grus. I tomrommet rykket skam, selvforakt og fortvilelse inn.

Så startet det møysommelige arbeidet for å famle seg gjennom mørket. Det tok tid, uendelig mye lengre tid enn han ante. Han ville bare ut av det, tilbake til det gamle og bli ferdig med det vonde og smertefulle. Men de gamle strategiene virket ikke lenger. Han hadde ikke lenger evnen til å ta seg sammen og løfte seg ut av det, men ble stadig bremsset av noe i ham selv som han ikke hadde kontroll over. Han måtte lære tålmodighet og at det tar tid når noe nytt skal vokse fram. Det kan ikke tvinges fram, det må vokse av seg selv. Det fantes ingen enkle eller raske løsninger – når han forsøkte på det, ble han bare utmattet.

De satt der sammen på kontoret. Han hadde selv fått erfaring som pasient, men her var han lege og hun pasient. Hennes sykdom var langt alvorligere enn hans, helt annerledes og med mye større konsekvenser. Men han kjente seg allikevel igjen i mye av det hun strevde med. Hun ville så gjerne lese, hun prøvde og prøvde, men det var nytteløst. Bøkene ble liggende, hun maktet det ikke og ble bare utmattet. Panikken grep henne når hun var sammen med andre, hun klarte ikke å snakke og visste ikke hva hun skulle si. Det var bare mannen hun kunne være sammen med, og han måtte være der hele tiden. Hun var desperat etter noe å gjøre, noe å fylle dagene med, noe å døyve uroen og tomrommet med. Det gode livet hennes var byttet ut med lidelse.

De kjente at de måtte gjøre noe med tilværelsen sin. Å bo i et hus i byen var ikke godt

lenger. Det smertefulle ble for påtrengende, de måtte ha noe praktisk å henge fingrene i, noe de kunne gjøre sammen. Det som hadde skapt fellesskap tidligere, fungerte ikke lenger. Så kom idéen om å kjøpe det nedslitte småbruket. Som legen hennes var han skeptisk, men de ville prøve. Det var ikke et bære eller briste, rettetten var enkel om det ikke gikk. Det var bare å selge igjen.

De kjøpte stedet og gikk i gang, hogget trær og brøt opp marken. De satte i stand huset, rev det som var ødelagt, og bygget opp nytt. Hun skurte og vasket og malte – og malte – alt det hun kunne finne på å male. Det var noe panisk over det, men det gav en lindring av smerten som forfulgte henne. Om sommeren grov hun i bakken, ned i den svarte molda, med samme iver og drevet av den samme uroen. Hun hentet fram steinene fra jorda og gjenskapte stiene over eiendommen. De gikk turer i skogen, det gav henne ro. Hun måtte alltid ha noe å gjøre, men hun trengte også å lære å hvile, og det var ingen enkel lekse. Det var et møysommelig arbeide de utførte. Det gjorde motstand og tok tid, men det gav også glede i det nære og enkle, fellesskap, mening og opplevelse av mestrings. De holdt ut og holdt sammen.

De møttes på kontoret hans, i starten ganske ofte, senere en gang i måneden. De fortalte ham om arbeidet på småbruket og om uroen hun hele tiden hadde i seg. Hun var jaget, men sakte, veldig sakte, fikk hun mer ro i seg, og språket ble bedre. Konsentrasjonen holdt litt lenger i samtaler de hadde sammen. Etter lang tid ble hennes fortvilte «Hva skal jeg gjøre?» erstattet av «Hva skal jeg lære av dette?» Skrittene mot forsoning var begynt.

Siden beveget de seg mot aksept og forsoning begge to, hver for seg, men allikevel i en slags parallell bevegelse. Hun som pasient hos ham, han som pasient i en annen setting. Det finnes ingen rette stier i dette landskapet, det er fullt av labyrinter. De åpner seg, slynger seg, lukker seg og åpner seg igjen. Mytologien og litteraturen er fulle av disse bildene. Til alle tider har mennesker gått gjennom disse landskapene. De er aldri like, alltid preget av den enkelte med sin egenart, historie, bakgrunn og lidelse. Det er en famlende vandring.

De måtte hver for seg søke seg fram mot det urgamle spørsmålet: «Hvem er jeg egentlig?» Når det ytre, det vi knytter så mye av vår identitet og stolthet til, raser sammen, hva er igjen der inne, bak skam, selvforakt og fortvilelse? Hva er min historie, hva skapte meg til den jeg er? Hva er den dype livssmerten jeg har båret på og flyktet fra? Hvordan kan jeg forstå meg selv? Og siden, etter sammenbrudd, skam, sinne og sorg, kan noe annet vokse fram og spørsmålene nærme seg svar. Det er som fugl Fønix – noe nytt kan gjenskapes fra asken.

Han hadde også trengt hjelp og møtte den kloke psykologen som fulgte ham på vandringsen. Han ble oppfordret til å lese, andre bøker enn dem han hadde lest før. I den greske myten om Thesevs famler han seg inn mot senter av labyrinten. Der møter han Minotauren, det vanskapte monsteret, halvt okse, halvt menneske. Det krevde blodoffer hvert år, noen av Atens sønner og døtre, det hvilte en forbannelse over Aten. Men Thesevs ville heve forbannelsen. Han søkte seg gjennom labyrinten, våget møtet og utfordret monsteret.

Psykologen spurte ham også om drømmene hans. Han hadde ikke festet seg ved dem tidligere, men nå oppdaget han at de ville ham noe. I en av drømmene var han i labyrinten. Tre ganger møtte han den underlige, geit-liknende mannen som stod i veien for ham. Det var Djevelens skikkelse. Han var ikke aggressiv og angrep ikke, men han sperret veien. For å passere måtte han møte Djevelens blikk. Først lenge etterpå forsto han at Djevelen ikke var en annen eller en fiende, men symbol på hans eget utstøtte og forrådde selv, som var forvist til mørket og nå krevde at han så det i øynene og anerkjente det. Han nådde labyrintens senter i drømme, kjente frykten for møtet med monsteret, men trådte allikevel inn.

Det var ingen der. Den eneste som var der, var han selv.

Det ble uomgjengelig for ham å hente egne djevler fram fra dypet og ut av mørket, akseptere dem, forsone seg med dem og leve videre i erkjennelse av eget lys og mørke.



Han visste ikke hvordan det ville gå med henne den gang de møttes. Skadene hun var påført, var alvorlige og dyptgripende, og utsiktene var usikre. Nå var det gått tre år, og de satt sammen på kjøkkenet deres, rammet inne av gamle, trygge tømmervegger. De spiste brødet hun hadde bakt, og snakket sammen – lenge. Språket hennes var helt annerledes nå, med lange setninger med innhold, mening og sammenheng. Hun var rolig og til stede, og sløret som hadde seget for øynene hennes da de møttes den første tiden, viste seg ikke. Det var liv, lys og glede i øynene nå.

Hun hadde gravd i jorden, latt tankene kretse om hendenes arbeid og båret i seg et håp om at det kunne skapes nye veier i hjernen, der viruset hadde ødelagt de gamle. Hendene hadde formet stier over eiendommen, og samtidig, like sakte og møysommelig, var nye stier gjenskapt i hennes egen hjerne. Det var ikke intellektuelle øvelser og ørkesløst strev over bøkene som hadde brakt henne dit hun var i dag. Det var arbeidet med hendene og kroppen, tankenes frie vandring, nærhet til jord og natur, hvile og fellesskap med mannen som hadde helet skadene i hjernen. Noe var fortsatt tapt, men hun hadde gjenvunnet mye. Og det hadde åpnet seg noe nytt, med annet innhold, annen identitet og en annen form for trygghet.

«Det er ikke noe som er tvungent her», sa hun. «Det er frihet.»

”

Gjenkjennelse og medlidelse skaper en egen samhørighet, og kroppen har sitt eget språk. Det er ikke alltid ordene er så viktige

Det gikk et år til. Han hadde permisjon fra arbeidet og tid, ro og mulighet til å skrive, og han skrev ned historiene deres. Han hadde ikke fortalt dem om sin egen depresjon og vei ut av den, men hadde tenkt at de kanskje ante det allikevel. Gjenkjennelse og medlidelse skaper en egen samhørighet, og kroppen har sitt eget språk. Det er ikke alltid ordene er så viktige. Men han var spent da han besøkte dem igjen. Hvordan ville det være for dem å lese denne teksten, å lese om seg selv og møte igjen det smertefulle som hadde vært? Og hvordan ville de oppleve å lese om hans sykdom, strev og erkjennelse? Var det riktig å eksponere det på denne måten? De tok imot han med samme glede som sist. De leste teksten, den rørte dem, og de ble ikke støtt over det han skrev om seg selv. De hadde gått ulike veier, hadde funnet den som var deres, men uten møte med et medmenneske kunne de gått seg vill. ✕

Barn av psykisk syke mer utsatt for skader

Barn av foreldre med psykisk uhelse rammes i høyere grad enn andre barn av fysiske skader. Det viser en studie som forskere ved Karolinska Institutet i Sverige har publisert i *British Medical Journal* (BMJ).

Barn i aldersgruppen 0-1 år hadde 30 prosent høyere risiko for skader om en av foreldrene var diagnostisert med en psykisk lidelse. Risikoen minsket desto eldre barna ble, men var høyere også for barn i aldersgruppen 13-17 år (6 prosent), framgår det av en artikkel publisert 9. april på www.ki.se. Forskerne bak undersøkelsen tar til orde for å se nærmere på hva som kan gjøres for å øke sikkerheten til barna i og utenfor hjemmet.

– Psykisk sykdom er ofte forbundet med dårligere sosioøkonomiske forutsetninger som kan føre til at familien bor i mindre trygge omgivelser, uttaler en av forskerne, Alicia Nevriana.

Studien ble gjort i samarbeid med forskere ved University of Manchester. Forskerne fulgte 1,5 millioner svenske barn født mellom 1996-2011. Over 330 000 av dem hadde minst en forelder som var diagnostisert av spesialisthelsetjenesten med psykisk sykdom de siste fem årene.

Meninger



Tiden er inne for å bringe rettspsykologi og sakkyndighet inn i profesjonsutdanningen. Fagfeltet trenger flere med denne kompetansen og erfaringen i fremtiden.

Les innlegget på s. 373.

ILLUSTRASJON: SHUTTERSTOCK



ROSA NETTSKY

«Det kan virke som enkelte nett-tilhengere litt for lett hopper bukk over den opplagte forskjellen som eksisterer mellom fysiske menneskemøter og møter mediert via nett.»

Les hovedinnlegget på de neste sidene.

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

DELTA I DEBATTEN

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

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

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

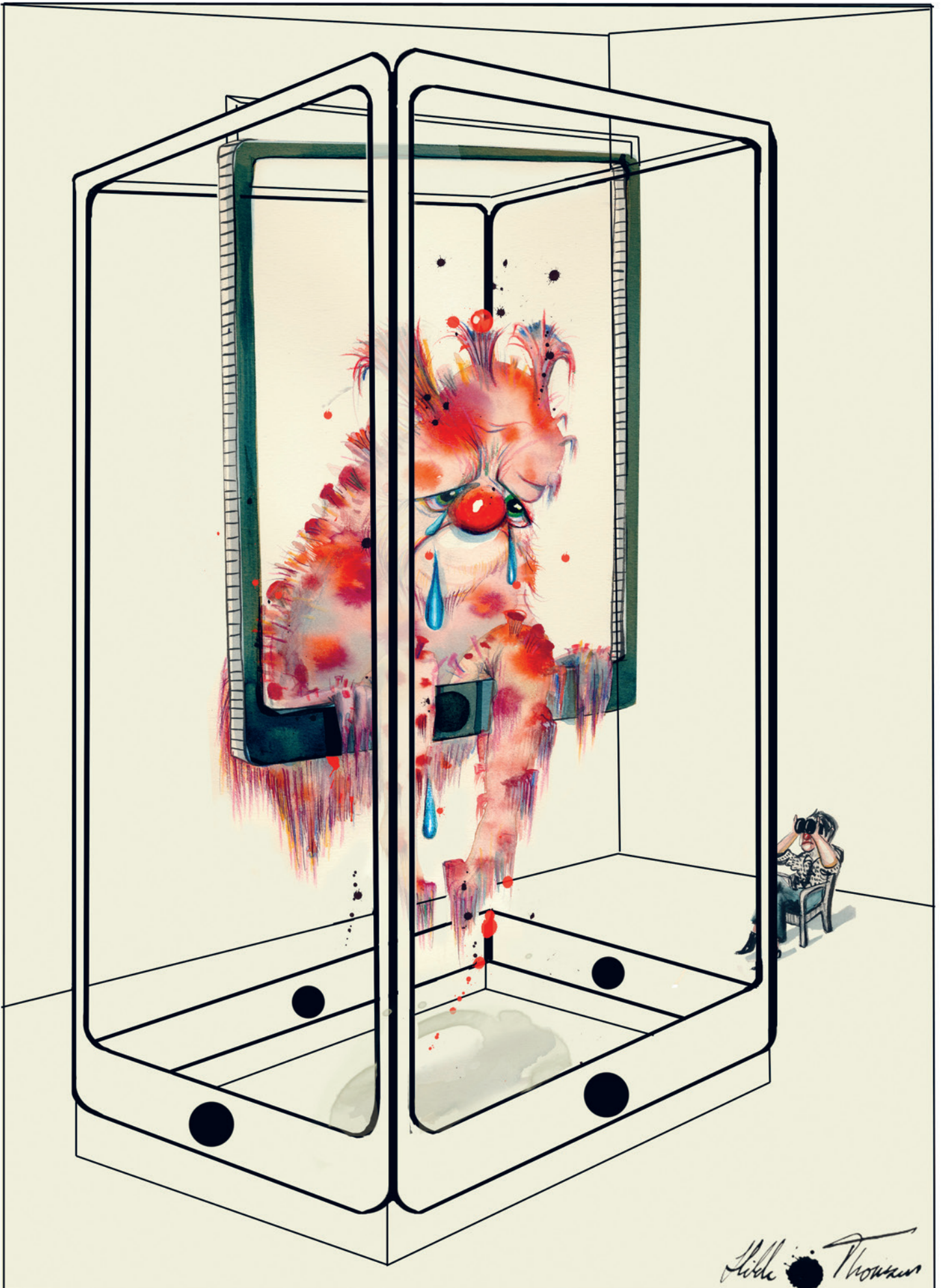
REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

HOVEDINNLEGG

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

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



Lille Thomas

Mot det digitale

Det eksisterer en selvinnsynsende eksistensiell forskjell mellom å kommunisere nærhet, omsorg og kjærlighet mellom mennesker i samme rom og å gjøre det via en skjerm.

SVEIN ØVERLAND og Kaja Asbjørnsen Betin skriver i en kronikk i Aftenposten 29. mars 2020: «Digital psykologi redder oss i motgangens tid [...] vi tror at vi etter krisen vil oppdage at mange av de løsningene krisen har fått oss til å prøve ut, er like gode eller til og med bedre enn dem vi brukte før krisen.»

Vi er tre privatpraktiserende psykologer som, i likhet med mange av våre kolleger, brått ble nødt til å stenge kontoret for ordinære pasientmøter. Fra en marsdag til en annen satt terapeutene og pasientene i hvert sitt hjem og snakket sammen på nett eller i telefonen.

Vi er enige i at digital psykologi har fungert som en redning, men stiller oss generelt tvilende til at denne arbeidsmåten kan likestilles eller være enda bedre enn tradisjonell terapi. Vi vil i denne kronikken oppsummere noen av våre erfaringer, især med videokonsultasjoner.

OVERGANGEN TIL SKJERM

Ingen av oss hadde brukt nett i terapi tidligere. Det var umiddelbart spennende å mestre en annen og mer moderne modalitet som terapeut. Det var ikke komplisert å få tilgang, og pasientene klarte enkelt å koble seg på fra sine modaliteter (pc, mac, nettbrett, smarttelefon).

En god andel pasienter sa ja til videoterapi og uttrykte at de var glad for at det var mulig å opprettholde kontakten. Mange hadde også erfaringer fra tidligere med å kommunisere på denne måten med familie og venner (Skype, FaceTime) eller kolleger (Microsoft teams, Zoom) eller med andre yrkesgrupper som eksempelvis fastlegen.

Samtidig var det også en del som ikke ønsket videokonsultasjon. Vi erfarte at pasienter som betaler for sine terapier selv, i mye større grad har ønsket å utsette timene til vi igjen kan møtes på kontoret. Det kan gi inntrykk av at de er mer tilbakeholdne med å betale for timer når de ikke får «den ordentlige» terapien. Pasienter som går hos avtale-spesialister, har gjennomgående vært mer positive til å gå over til videoterapi. Det kan selvfølgelig også først og fremst ha sammenheng med et større behov hos denne gruppen pasienter. Men også blant disse har det vært langt flere avbestillinger.

PASIENTEN PÅ NETT

Overflate versus dybde. Å arbeide som terapeut der ikke-pedagogiske prinsipper står i sentrum, innebærer en forestilling om å gå i dybden. Å gå i terapi blir dermed å gå inn i områder



TEKST

Per Are Løkke,
psykologspesialist
Linda Røer-Nilsen
og psykolog Julie
Barrie, alle Varden
Spesialistsenter,
Nesodden

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

DIGITAL TERAPI



som er skjult, lukket eller fremmed. Idealet om å finne seg selv forutsetter at det er en dybde der ukjente kilder kan finnes, oppdages og artikuleres. Mange pasienter beskriver at videokontakt blir mer overfladisk og konkret. En pasient beskriver at hun ikke klarer å synke ned i dybden, men bare snakker om det konkrete. En annen beskriver at terapi plutselig minner om FaceTime med venner, en slags lett og uforpliktende chat. En tredje beskriver det som en pause: Vi holder kontakten, men jobber ikke med det viktigste akkurat nå.

Nærhet versus distanse. Å sitte adskilt i hvert sitt rom og snakke sammen gjennom en skjerm er mer distansert enn å sitte overfor hverandre i samme rom. Denne adskillelsen, distansen eller fraværet av levende kontakt beskriver mange av pasientene. De opplever ikke å være i en prosess sammen med terapeuten på samme måte som før. En pasient beskriver at det kjennes vanskeligere å snakke om hva som skjer her og nå i relasjonen når det foregår på nett. En annen sier hun foretrekker tradisjonell terapi da samtalen «lander» mer når man er i samme rom. Mange beskriver følelsen av at noe er rart, fjernt eller kunstig, samtidig som det også virker vanskelig å sette ord på denne erfaringen. Det åpne og utforskende rommet mellom terapeut og pasient synes å bli erstattet av en kommunikasjonsform der mottaker og avsender fremstår som mer distanserte, og der terapeuten spør og pasienten svarer.

Eksponert. Enkelte beskriver at video gir dem en større følelse av å bli eksponert. De føler seg mindre fri og gruer seg mer til timene. Følelsen av å bli sett utenfra, vurdert kritisk og ikke anerkjent er et tema i flere terapier. Vårt inntrykk er at denne måten å møtes på for mange pasienter forsterker følelsen av å være på en arena for prestasjon eller pedagogikk. Det har gjort oss mer oppmerksomme på sårbarheten som er knyttet til å bli vurdert av en fagpersons blikk, og at video kan forsterke denne følelsen. En del ungdom ønsker heller å snakke i telefonen enn på video.

Krevende. Noen pasienter uttrykker at denne formen for terapi er mer mentalt krevende. Både på grunn av teknologiske utfordringer og potensielle forstyrrelser i hjemmet. Det er vanskeligere å finne roen eller å få tilgang på det som vanligvis kommer. «Det fysiske terapirommet utenfor hverdagen, det er det jeg trenger», beskrev en av pasientene. En annen sa at han gledet seg til å kunne komme til timer på kontoret igjen, så han kunne utforske de smertefulle følelsene der, og så gå hjem. Han likte ikke at vi nå måtte gjøre den jobben i huset hans.

TERAPEUTER PÅ NETT

Sanseforvirring. Når vi snakker med pasientene på nett, er den vanlige intersubjektive og relasjonelle kontakten opphevet. Det betyr at dimensjoner som erfaringer av nærhet og avstand forandres. Erfaringen og tolkingen av den informasjonen som sansene bringer med seg, omrokes. Den subtile og mangedimensjonale utvekslingen av kropp, språk, fantasier og tanker medieres nå gjennom en teknologisk ramme. I nett-terapi derimot blir øyet fiksert på en liten flate som gjør det umulig å la blikket vandre. Dette krever igjen en annen type oppmerksomhet. Vi erfarer at i denne type kommunikasjon blir deler av konteksten borte. Kontakten blir mer formell, og ansiktet blir også mindre levende. Ansiktet får gjennom teknologien en annen farge, fikseres ofte og står stille. Det levende og foranderlige ved ansiktet blir borte. Det blir også vanskelig å fange

opp den diskrepansen som eksisterer mellom det som fortelles verbalt, og det som uttrykkes mer kroppslig. Både terapeut og pasient får færre måter å uttrykke seg på.

Subtile versus konkrete bekreftelser. Videoterapi krever at kommunikasjonen går gjennom ansiktet. Vi mister kontakten med kroppen, hånden som knytter seg i fanget, brystkassen som holdes statisk, foten som vrir seg i ubehag. Det kjennes derfor langt vanskeligere å fange opp og svare på de mikroskopiske skiftene i ansiktsuttrykk eller nonverbale bevegelser som klienten utviser.

I vanlige terapier er ofte den ordløse bekreftelsen om at både pasienten og terapeuten står i det samme menneskelige feltet, der den psykiske smerten deles og undersøkes av begge, et bærende element. Vi opplever alle at denne formen for ordløs bekreftelse og kommunikasjon svekkes i det digitale rommet. Det er vanskeligere å fange opp og uttrykke signaler som «du forstår meg», «stopp litt, nå kjenner jeg meg utrygg», eller «dette er greit». Den digitale kontaktformen har derfor gjort det enda tydeligere for oss hvor stor del den subtile, kroppslige og språkløse kommunikasjonen utgjør i terapi slik vi jobber.

Å se på versus å holde rundt. Terapitimene beveger seg nesten automatisk mer mot det praktiske. Med flere pasienter har prosessen skiftet kurs eller delvis stoppet opp. Det er som om følelsen av kontinuitet, dybde og terapeutisk holding/ivaretagelse har blitt vanskeligere å opprettholde. På samme måte som det er en enorm forskjell for et livredd barn å snakke med en trøstende mor på nettet, opplever vi det som en kvalitativ forskjell å romme våre pasienter på nettet i forhold til å være i samme rom. Det betyr ikke at det er umulig å gå inn i smertefulle temaer. Det er fremdeles mulig å jobbe direkte med følelsene, berøre det dype, utforske tanker og erfaringer. Men det er en fundamental forskjell mellom kontakten i nett-terapi og kontakten i terapirommet som vi synes trenger mer oppmerksomhet.

Mange former for slitenhet. Det oppleves mer slitsomt å ha konsultasjoner over nett. Det er som om vi må mobilisere mer og anstrenge oss for å få med oss hva som formidles. I timene på kontor har vi ikke den samme følelsen av å måtte arbeide og strekke oss ut, men mer å ta imot og la oss fange inn av en stemning, der pasienten er her og nå. Vi flyter da mer inn i et kjent/ukjent landskap, sammen med pasienten, i et felt der følelser, ord og fantasier bukter og beveger seg i stadig nye mønstre. Vi er da deltagere og ikke tilskuere til pasientens indre landskap. Vi er i det, båret oppe og mobilisert av energien som skapes i timen, i motsetning til nett-terapi, der det kreves mer for å skape en lignende energi. Den slitsomheten vi opplever, er også knyttet til at det er vanskeligere å fange opp subtile signaler, og at den naturlige turtagningen/timingene lider. Teknologien fører til at vi oftere snakker i munnen på hverandre og avbryter mer. Noen ganger også fordi lyd og bilde ikke er helt samstemte.

Slitenheten kan også knyttes til at det føles intenst å se inn i en skjerm mye av tiden, at vi kan kjenne på en redsel for å miste kontakten, eller at det ser feil ut hvis blikket vårt vandrer rundt i rommet (slik det vanligvis gjør på kontoret). Dermed oppleves kommunikasjonen fort som mer stiv. Den italienske ledelsesprofessoren Gianpiero Petriglieri satte kanskje ord på denne slitenheten da han nylig tweetet dette: «*It's easier being in each other's presence, or in each other's absence, than in the constant presence of each other's absence.*»



Når vi snakker med pasientene på nett, er den vanlige intersubjektive og relasjonelle kontakten opphevet



Teknologiske problemer. Vi har alle tre opplevd problemer med teknologien. Over halvparten av alle samtaleene har inneholdt teknologiske utfordringer i en eller annen form; skurr i bildet, hakkete lyd, bildet forsvinner, munnens bevegelser er forut for lyden, bildet fryses og stoppes, eller liknende. Noe kan fikses, men teknologiske utfordringer av ulikt slag er fortsatt et forstyrrende element.

VIDEOTERAPI ETTER PANDEMI

Vi er takknemlige for at det finnes nettløsninger som gjør det mulig å opprettholde terapien med pasientene våre, men også opprettholde yrket i en krisetid der mange er preget, syke, mister arbeid eller blir permittert. Videoterapi kan ha sin plass i det terapeutiske landskapet, på samme måte som telefonterapi, tur-terapi, chat-terapi osv. For eksempel kan pasienter som har hatt vanskelig for å forlate hjemmet, enten av fysiske, sosiale eller psykiske årsaker, få tilgang til terapi likevel. Noen ganger kan avstanden gjennom skjerm også gjøre pasienter tryggere, slik at de tør si mer eller snakke om ting som kunne vært vanskeligere ansikt til ansikt. Og videoterapi kan føre til at psykologisk hjelp føles lettere tilgjengelig; ved hjelp av noen tastetrykk kan folk i prinsippet få tak i en fagperson hjem i stua.

Likevel er det langt derfra til å likestille eller til og med hevde at videoterapi er bedre enn ordinær terapi. Det kan virke som enkelte nett-tilhengere litt for lett hopper bukk over den opplagte forskjellen som eksisterer mellom fysiske menneskemøter og møter mediert via nett. Det eksisterer en selvvinnlysende eksistensiell forskjell mellom å kommunisere nærhet, omsorg og kjærlighet mellom mennesker i samme rom versus å skulle gjøre det samme via piksler på en skjerm.

Vi mener det er nødvendig med en utforskning av de fenomenologiske forskjellene mellom disse to terapiformene, før evidenskortet legges på bordet som bevis på at det ikke finnes forskjeller. Vår kronikk er en spontan ansats til en slik utforskning. ✕

DERFOR

Redaksjonen begrunner sine valg

Ei skikkeleg orsaking

Etter at Noreg stengde den 12. mars og regjeringa kom med dei sterke tiltaka som er gjort i fredstid, var det naturleg at Psykologtidsskriftet ville sjå litt på kva pasientar i psykisk helsevern no får av tilbod. Helse- og omsorgsminister Bent Høie frå Høgre oppmoda helsetesta den 17. mars til å bruke videokonsultasjon. Kor mange psykisk sjuke har fått tilbod om det?

Me tok ein runde rundt i landet, frå heimekontora, og fekk inn noko ulike rapportar før påske. Det viste seg mellom anna at Akershus universitetssykehus (Ahus) ikkje hadde ei videoløysing som fungerte. Det stadfesta direktøren for divisjon psykisk helse Øystein Kjos i eit førebiletleg kort og klart svar då Psykologtidsskriftet spurde om det.

Etter at Psykologtidsskriftet publiserte saka om at dei ikkje hadde videoløysing for psykisk helsevern på Ahus, fekk me eit tips om at dei ved Nidaros DPS (distriktspsykiatriske senter) har hatt fleire videokonsultasjonar enn heile psykisk helsevern for vaksne i Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag til saman. Psykologtidsskriftet vurderte tipset som truverdig og interessant. Men me ville jo sjekka det nærare: Stemde det?

Jau, sa seksjonsleiar Elin Ulleberg ved St. Olavs hospital på telefon. Det stemmer. Jau, skreiv ho på e-post etterpå, det stemmer.

Det skulle vise seg at det ikkje stemde. Dagen etter at føretakstiltsvald Siri Næs hadde lese nettsaka der Nidaros DPS var omtalt, tok Næs heldigvis kontakt med Psykologtidsskriftet. Me hadde skrive feil, informerte ho oss om.

Det er då seksjonssjef Elin Ulleberg kjem med årets klaraste og beste orsaking: «Jeg har oversett to klinikker i Helse Møre og Romsdal. Det er bare å legge seg flat og beklage.» Og ho legg til at ho «burde ha kvalitetssikret tallene jeg oppga på en bedre måte». Det går an å gjere feil, det veit ein kvar journalist. Og det finst altså gode måtar å rydde opp på, det kan seksjonssjefen på St. Olavs hospital vere eit døme på.

No kjem mi orsaking, som er heile poenget med å skrive dette. Eg kan ikkje gøyme meg bak andre og skulde på «redaksjonen i Psykologtidsskriftet». Feilen var min: Tipset om videoløysing ved Nidaros DPS var truverdig og godt. Seksjonssjefen stadfesta tala i to omgangar. Men eg som journalist burde sjølv sagt sjekka ein gong til med Helse Møre og Romsdal: «Stemmer opplysningane frå Nidaros med tala dykk har?» Sett i ettertid gjorde eg der ein elementær feil som eg ber spesielt seksjonssjefen ved St. Olavs hospital om orsaking for. Eg burde ha gjort jobben min. ✕

*Øystein Helmikstøl,
journalist i Psykologtidsskriftet*

Hører hjemme i profesjonsutdanningen

Tiden er inne for å gi plass til opplæring i psykologfaglig sakkyndighetsarbeid og rettspsykologi i profesjonsutdanningen.

MANGE KLINISKE PSYKOLOGER blir gjennom sitt arbeid bedt om å gjøre sakkyndige oppdrag, og mange opptrer i retten som vitner, sakkyndige vitner, meddommere eller sakkyndige.

Psykologforeningens fagutvalg for rettspsykologi og sakkyndighet (FURS) er derfor opptatt av hvordan kommende psykologer får tilstrekkelig kunnskap og erfaring til å mestre slike arbeidsoppgaver, både gjennom sin grunnutdanning og videreutdanning.

FÅ FØRINGER

Høsten 2019 gjennomførte vi en spørreskjemaundersøkelse ved de fire universitetene i Norge (UiO, UiB, NTNU og UiT) som tilbyr profesjonsutdanning i psykologi. Sentrale fagpersoner ved lærestedene ble stilt spørsmål om hvilken plass rettspsykologi og sakkyndighet har i profesjonsutdanningen av psykologer. Mer spesielt spurte man om hvilket omfang eventuelt emnet hadde, hvordan det var organisert, hvem som var ansvarlige, hvilke temaer og hva som var forventet læringsutbytte. Alle fire universiteter svarte på undersøkelsen.

Det ble avdekket noen likheter, men også store forskjeller innenfor norsk profesjonsutdanning av psykologer i temaene rettspsykologi og sakkyndighet. Alle universitetene svarte

at de følger Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (Rethos). Flere læresteder uttrykker usikkerhet om hva som tilhører grunnutdanningen, og hva som tilhører etterutdanning når det gjelder rettspsykologi. Målsettingen med Rethos er å etablere felles standarder gjennom å definere hva som skal være kandidatenes sluttkompetanse ved norske helse- og sosialutdanninger. Rethos har så langt ikke lagt føringer på hvilke kunnskaper og ferdigheter ferdigutdannede psykologer skal ha innenfor rettspsykologi og sakkyndighet, men heller ikke eksplisitt nedfelt at disse emnene tilhører etterutdanning.

FORSKJELLER MELLOM LÆRESTEDENE

Det er store forskjeller mellom lærestedene i hva som gis av undervisning i sakkyndighet og rettspsykologi. Universitetet i Tromsø (5 studiepoeng) og NTNU i Trondheim (7,5 studiepoeng) har gjennom flere år holdt eksplisitte kurs i rettspsykologi og sakkyndighet. Kursene har bestått av forelesninger, men også arbeidskrav og workshops der studentene øver på konkrete sakkyndige vurderinger. Ved UiT er kurset forankret i emneplanen for nest siste år ved profesjonsstudiet, mens kurset ved NTNU for tida har en litt usikker framtid. På begge læresteder



TEKST Jørgen Sundby og Annika Melinder, Norsk psykologforenings fagutvalg for rettspsykologi og sakkyndighet (FURS)

SAKKYNDIGHET





FURS opplever at etterspørselen etter sakkyndig psykologkompetanse er stor

har en eller to fagpersoner vært emneansvarlig over flere år. Læringsutbyttet for studentene er begge steder eksplisitt beskrevet. Målsettingen med kursene har vært å gi studentene tilstrekkelig kunnskap og refleksjon til å skjønne hva en sakkyndig psykologrolle innebærer, og forstå begreper som mandat, habilitet og objektiv undersøkelse. Man ønsker også at studentene skal forstå grunnleggende trekk ved juridisk metode og ulike roller i retten. Kursene omhandler også andre sakkyndighetsroller og hvilke andre roller psykologer kan ha for retten, slik som sakkyndig vitne, vitne eller meddommer. Kursene gir også studentene konkret erfaring i hva som er vanlig framgangsmåte og utfordringer i sakkyndige utredninger, og trening i å skrive balanserte erklæringer. Kurset ved UiT omhandler sakkyndighetsrollen generelt og innenfor barnevern, barneloven, erstatningssaker om helseskade og strafferett. NTNU har i større grad konsentrert seg om sakkyndighetsrollen generelt og spesielt innenfor strafferett. Kursene består ved obligatorisk oppmøte og levering av arbeidskrav, men det er ingen eksamen.

Både ved UiO og UiB holdes flere forelesninger om sakkyndighet og andre rettspsykologiske emner, for eksempel vitnepsykologi og hukommelse i rettslig sammenheng. Disse forelesningene er integrert i andre kurs ved profesjonsstudiene, og det holdes ikke egne kurs med arbeidskrav i sakkyndighet/rettspsykologi ved UiB og UiO. Det foreligger ideer om å lage slike kurs både ved UiO og ved UiB, men disse planene er ikke konkret forankret i emneplaner.

BØR VÆRE OBLIGATORISK

FURS mener at hva som gis av undervisning, og hva norske psykologistudenter kan om rettspsykologi og sakkyndighet ved endt utdanning, er av stor betydning for den kompetanse framtidige psykologer bør ha. Universitetene bør ha noenlunde samme mal for hva som er læringsmål og læringsutbytte innenfor temaet. Slik er det ikke i dag. FURS mener at slik undervisning bør rammes inn som obligatorisk, og følge opp basalfaglige perspektiver så vel som kliniske. Flere emner, som for eksempel vitnepsykologi, vil være relevant også for masterretninger i psykologi og innenfor juss. Profesjonsstudenter bør imidlertid også få noe trening i utøvelse av sakkyndighetsrollen,

undersøkellesmetoder og individuelle vurderingsaspekter.

FURS mener profesjonsutdanningen også er viktig for hvordan videreutdanning bør legges opp i dette feltet. Hvis nyutdannede psykologer varierer fra helt uvitende til relativt opplyste om sakkyndighet, vil det gi et vanskelig utgangspunkt for hvor standarden skal ligge for videreutdanning. En mer solid opplæring i profesjonsutdanningen vil også bidra til at kommende psykologer får mulighet til å tidlig integrere forskningsbasert kunnskap i arbeidet som sakkyndig. Det er godt dokumentert i barnesakkyndig kommisjonsarbeid at sakkyndige ikke alltid gjennomfører oppdragene med relevante metoder og oppdatert kunnskap. Det innebærer at det ikke alltid er sammenheng mellom premisser og konklusjon i rapportene.

FLERE ARBEIDSOPPGAVER I RETTEN

Sannsynligvis vil norske psykologer i økende grad få arbeidsoppgaver i retten og andre beslutningsorgan, både som sakkyndige, sakkyndige vitner og faglige meddommere. Psykologer blir også ofte bedt om å skrive faglige erklæringer som grunnlag for avgjørelser innenfor ansvarsområder forvaltet av NAV, kommunehelsetjenesten, skolevesen, helsevesen og andre instanser. Da må man allerede i grunnutdanningen utvikle kunnskap om hvordan sakkyndig rolle er forskjellig fra behandlende eller rådgivende rolle. Det er FURS' erfaring at nyutdannede psykologer tidlig i sin karriere må forholde seg til rettspsykologi og sakkyndighet og være forberedt på å redegjøre for sine faglige vurderinger. Psykologer bør ha kunnskap om hvordan rettssystemet fungerer, og hva som er den psykologfaglige sakkyndiges rolle.

FURS opplever at etterspørselen etter sakkyndig psykologkompetanse er stor, og fagfeltet trenger flere psykologer med denne kompetansen og erfaringen i framtiden. FURS vil argumentere for at psykologer allerede i grunnutdanningen bør få kjennskap til feltet, slik at flere velger en karrierevei innenfor rettspsykologi og sakkyndighet etter endt utdanning. FURS vil foreslå at de fire universitetene oppretter lokale representanter som utarbeider et felles forslag til kurs i rettspsykologi og sakkyndighet, gjerne etter mal fra UiT, som synes å ha kommet lengst med denne oppgaven. ✖

Første gang jeg mistet en pasient

Det kjentes som et tungt lodd som sakte ble senket ned gjennom magesekken. Kunne jeg bruke erfaringen på en meningsfull måte?

DET FØRSTE som skjedde da jeg fikk beskjeden, var at jeg begynte å tenke gjennom forløpet. Kunne jeg ha sagt noe annerledes? Var det noe jeg hadde glemt å si? Var det noe jeg hadde glemt å gjøre? Hadde jeg husket suicidvurderinger etter siste samtale? Var det noen risikofaktorer jeg hadde oversett? Ville en annen terapeut gjort ting på en annen måte? Ville da kanskje pasienten fortsatt vært i live? Da jeg satt og tenkte slik, opplevde jeg det ikke som en strukturert analytisk prosess, men heller som at tankene og følelsene kom på løpende bånd. Etter hvert dukket det også opp andre følelser og tanker som det er liten grunn til å være stolt over. En tanke var hvorfor jeg ikke hadde avsluttet behandlingen da det begynte å gå bedre. Da hadde jeg kanskje sluppet alt dette. Det meldte seg en frustrasjon over at jeg ikke hadde klart å hjelpe. En gammel skamfølelse meldte seg på kjøpet; var det nå jeg skulle bli sett i kortene og bli avslørt som inkompetent?

STERKE SAMTALER

I marsutgaven av *Psykologtidsskriftet* fortalte psykologspesialist Tormod Stangeland at han i løpet av sine 14 år i akuttpsykiatrien aldri hadde klart å forutse et dødsfall, og at bruken av risikofaktorer for å forsøke å forutse et suicid ikke predikerer utfall på individnivå. I tilfellet med min pasient var så å si alle risikofaktorene til stede. Problemet mitt som behandler var at situasjonelle faktorer var utslagsgivende for hvordan han hadde det.

Samtalene med pårørende i etterkant har jeg opplevd som voldsomt sterke, men først og fremst som positive og gjensidig støttende. Heldigvis. Det ga meg en utfyllende forståelse av

hvordan han som hadde tatt livet sitt, hadde hatt det den siste tiden. Det hjalp også å høre at pasienten hadde følt seg lettere etter samtale. Likevel følte jeg meg rådvill. Jeg ønsket å finne en retning, en vei videre, som kunne hjelpe meg til å komme gjennom dagene.

JAKTEN PÅ MENING

Den tragiske hendelsen fikk meg til å plukke fram igjen spesialistoppgaven jeg skrev om Viktor Frankl for noen år siden. Jeg hadde et behov for å forstå, et ønske om å gjøre det bedre neste gang lignende varselsignaler skulle vise seg. Ifølge Frankl har hver situasjon en mening. Mening er ikke noe man «finner opp», mente han. Det er noe som ligger der latent, og som det er opp til hver enkelt å avdekke. Frankl opererer med tre veier til mening: Den første handler om å utføre noe, den andre går gjennom relasjoner, den tredje dreier seg om hvilken holdning vi velger å ha til noe som det ikke er mulig å endre på.

Et eksempel på det første er et arbeid, eller en handling. For min del opplever jeg jobben som meningsfull. Men skulle jeg orke å fortsette i det samme tempoet som før? Jobbe meg gjennom det? Tanken på å snakke med en ny pasient som tvilte på om det var verdt å leve, fristet ikke. Jeg kunne heller tenke meg en ukes ferie. Jeg hadde faktisk søkt om det for lenge siden, men det lot seg ikke gjennomføre i disse koronatider. Å være hjemme uten å gjøre noe følte heller ikke riktig. De siste par årene har jeg hatt skriving som en fast rutine på morgenkvisten før jeg går på jobb. Jeg bestemte meg for å fortsette med det, som en måte å bearbeide opplevelsen på.



TEKST Kay Oxholm, psykologspesialist

SELVMORD



Jeg lærte meg etter hvert å tåle usikkerheten, og pasientene lærte seg å tåle smerten



Skriveterapi er noe jeg av og til anbefaler pasienter som en hjelp til å sette ord på vanskelige følelser og tanker. I jobbsammenheng er jeg vant til å høre pasienter fortelle om følelsene og tankene sine, men å uttrykke det selv var noe helt annet. Jeg forsto på en annen måte hvor vanskelig og privat det kunne være. Da jeg begynte å skrive om reaksjonene i etterkant av suicidet, opplevde jeg det ikke som like privat. Mens jeg satt og skrev, tenkte jeg at mange må ha hatt de samme reaksjonene og refleksjonene som meg. For min del bidro skrivingen til at sorgen fikk et uttrykk, at øynene fritt kunne bli fuktige mens fingrene gled over tastaturet. Det var mens jeg satt og skrev, at jeg ble bevisst at sorgen hadde satt seg i kroppen. Det bidro også til å redusere skamfølelsen. Skammen gjorde at jeg hadde lyst til å gjemme meg under dyna. Skrivingen bidro til å gjøre det motsatte av det skammen ville.

VISEN OG STILLE

Vanligvis er jeg en sosial type, men jeg har i de to ukene etter beskjednen om suicidet kjent et økt behov for å være alene. Jeg har opplevd hverdagslige samtaler som kjedelige og trivielle. Jeg har gått på jobb som vanlig, men opplevd å bli tidlig tom for energi.

Samtalene med pasienter, som er over telefon i disse tider, går stort sett greit. Oftere enn før kan det imidlertid melde seg en frustrasjon når jeg hører at de står fast i noe, eller når de ikke har fremgang. Den reaksjonen gjør at det koster mer å være til stede. Jeg kan også dvele lenger ved suicidvurderinger. Jeg hadde en samtale der jeg merket tvilen. Pasienten fortalte at hun av og til var så langt nede at hun tenkte at det var like greit å slippe. Etter samtalen følte jeg meg helt tom. Jeg har møtt full forståelse fra lederen min hele veien, og tok en prat med henne om det. Hun har tillit til at jeg sier ifra når noe blir vanskelig, og hun gir meg mulighet til å ha fleksible hverdager når jeg trenger det. Vi ble for eksempel enige om å vente et par uker med nye førstegangssamtaler igjen. Det ga meg en lomme som gjorde at jeg kunne puste litt friere.

Heldigvis begynner det nå å bli en del år siden jeg som sylfersk psykolog trodde at jeg kunne hjelpe alle. Det var krevende, og jeg forsto raskt at det ikke var mulig. Risikoen for å miste en pasient, derimot, brukte jeg lenger tid på å akseptere. De to-tre første årene hadde jeg en tendens til å legge pasientene inn om tvilen ble for sterk. Det hjalp sjelden, med mindre det var et planlagt opphold og de trengte hvile i noen dager. Eksistensielt sett ga det mening ikke å legge inn pasientene, med mindre grunnene var åpenbare. Men det å legge ansvaret for eget liv på riktige skuldre var ofte et godt sted å begynne.

HANS EGET VALG

Etter hvert lærte jeg å leve med et snev av usikkerhet på om jeg ville se pasientene igjen. Jeg følte at det var riktig, og at det også var et tegn på tillit at jeg ikke hoppet i stolen og la inn pasienten straks usikkerheten meldte seg. Jeg lærte meg etter hvert å tåle usikkerheten, og pasientene lærte seg å tåle smerten, lærte seg å kjempe seg videre. Og det endte ofte med at pasientene fikk mestringsfølelse, og at de til slutt fikk det bedre. Tretten år etter at jeg begynte å jobbe, skjedde imidlertid det jeg hadde håpet ikke skulle skje. Jeg merket tvilen hans i siste time. Eller var det min egen? Jeg visste at han ønsket å klare seg selv uten innleggelse. Han sa at innleggelse var noe han fryktet. Jeg valgte å stole på ham da vi avtalte å ringes uka etter. Jeg opplever det ikke som et tillitsbrudd at jeg aldri hørte fra ham igjen. Bare som uendelig trist. Det var hans valg, og det må jeg akseptere. ✕

Debattert

Tilbake til skolen

Hjemme best: 13-åringen går i 8. klasse på Tranby skole i Lier. I fire uker har han og elever i hele Norge hatt hjemmeskole. I stedet for å sitte i klasserommet med medelever og lærere, har undervisningen foregått via PC og iPad. – Jeg har hatt bedre konsentrasjon og bedre resultater enn på skolen, sier Lien, som beskriver seg selv som en stille og arbeidsom elev.

Theodor Lien beskriver sin hjemmeskolehverdag til NRK.no 16. april

Trygghetens bakside: Vi har lest om elever med skolevegning som har hatt svært gode dager med hjemmeskole, og som aldri før har gjort så mye skolearbeid som nå. Elever som opplever at skolen er et utrygt sted, har nå hatt «fri» fra dette stresset eller angsten, og det er lettere å prestere og lære når vi opplever trygghet. Likevel, baksiden av medaljen er at det kan ha ført til at noen elever opplever en høyere terskel for å gå tilbake til skolen.

Trude Havik i Stavanger Aftenblad 20. april

Selvstendig: – Hjemmeskole bidrar til at ungdommer blir mer selvstendige.

Nina Nylund til NRK Troms og Finnmark 20. april

For første gang: For noen barn har den kollektive hjemmeskolen vært en gave. Mange av disse barna har følt på sterk ensomhet i årevis, men siden 12. mars har mange for første gang opplevd et slags fellesskap. Nå er flere som er ensomme og alene. Jeg har vært i kontakt med familier som for første gang nå har opplevd at venner har tatt kontakt med sitt barn.

Erik Songe-Møller i Agderposten 20. april

Hjemme verst: Det er særs viktig at barn og unge som har det vanskelig hjemme får komme tilbake på skole og i barnehage så fort det er mulig.

Tove Gundersen om smittevern og psykisk helse på VG-nett 21. april

Misvisende om selvmordsforebygging

Det kan være ubehagelig å utfordre toneangivende fagfolks «fakta», men det er nødvendig.



I NNLEGGET «Myter og fakta om selvmordsforebygging» kommer Walby, Myhre, Tørmoen, Kildahl og Mehlum (2020) med en rekke påstander. Forfatterne er ikke hvem som helst i fagfeltet. De representerer *Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging* (NSSF). Dermed burde man kunne forvente en sober argumentasjon. Noen av påstandene deres er imidlertid så misvisende eller direkte uriktige at de ikke kan stå uimotsagt. Det er dessverre ikke plass til å ta tak i alle her, men vi vil kommentere noen av dem.

BIOMEDISINSK FORKLARINGSMODELL

Walby et al. (2020) viser til sine til sammen «over 70 års erfaring på feltet» og hevder at de aldri har møtt «biomedisineren». Da ser de ikke egen skog for bare trær. Vi har kritisert NSSFs biomedisinske forståelse av suicidalitet. Den biomedisinske forklaringsmodellen knytter selvmord direkte til psykiske lidelser (O'Connor & Sheehy, 2000). NSSFs talspersoner har i alle år insistert på at minst 90 % av de som tar sitt liv, har minst én psykisk lidelse (med tilhørende årsakssammenheng), senest i det intervjuet (Walby i intervjuet av Halvorsen, 2020) som avstedkom deres kommentar (Walby et al., 2020). I forbindelse med Ari Behns selvmord var de igjen ute i «alle kanaler» og understreket den sterke sammenhengen mellom psykiske lidelser og selvmord. Walby har til og med hevdet at «det er sykdommene som først

og fremst dreper» (Dagsrevyen, november 2018). Mer biomedisinsk enn det blir det ikke.

Walby (i intervjuet av Halvorsen) hevder at det i forskningsverdenen ikke er noen diskusjon om betydningen av å fokusere på psykiske lidelser i selvmordsforebyggingen, «bortsett fra i noen små miljøer». Han viser til den samme forskningen som alltid; forskning som ikke holder forskningsmetodisk mål (Hjelmeland et al., 2012). Når det gjelder påstanden om små miljøer, tar han dessuten ettertrykkelig feil. Både her i landet og internasjonalt er det stor motstand mot en snever biomedisinsk forståelse av selvmord. Utallige forskere, klinikere, selvmordsforebyggere, etterlatte ved selvmord, og personer med levdt erfaring med suicidalitet over hele verden har dannet det stadig voksende internasjonale *Critical Suicide Studies Network* (www.criticalsuicidology.net). Nettverket tar et oppgjør med det rådende «sannhetsregimet», der suicidologien har blitt altfor snever i sitt fokus på individuell patologi (Marsh, 2010) og positivistiske forskningsmetoder (Hjelmeland, 2016). Nettverkets utgangspunkt er at suicidalitet kjennetegnes av mangfoldighet, ustabilitet, sosial kontekst og kompleksitet (White et al., 2016). Den internasjonale Aeschi-gruppen har i mer enn 20 år kritisert fokuset på psykiske lidelser i klinisk selvmordsforebygging, både fordi det er lite fruktbart, og fordi det har en

TEKST

Heidi Hjelmeland¹,
Birthe Loa Knizek²
og Mette Lyberg
Rasmussen³

SELVMORDS- FOREBYGGING

¹PhD, professor, Institutt for psykisk helse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)
²PhD, psykologspesialist, professor, Institutt for psykisk helse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)
³PhD, psykolog, DPS Groruddalen, Akershus universitetssykehus (AHUS), og kandidat, Norsk Psykoanalytisk Institutt.





Istedenfor å legge opp til saklig debatt, går NSSF til angrep med påstander om at «mange misforstår»

rekke uheldige konsekvenser (Michel & Jobes, 2011). Dette er kun to av mange eksempler.

BIOMEDISINSK VERSUS BIOPSYKOSOSIAL

Et vanlig forsvar mot kritikk av et biomedisinsk ståsted er at man *egentlig* bekjenner seg til den biopsykososiale modellen. Så også Walby og co. Men hva innebærer det egentlig?

Modellen kan beskrives som eklektisk, med store forskjeller på vektleggingen av biologiske (eller medisinske/psykiatriske), psykologiske eller sosiale risikofaktorer. Man skiller også mellom bottom-up- og top-down-mekanismer i systemet, noe som gir grunnlag for reduksjonistiske tilganger: «Contemporary psychiatry is more imbalanced than ever, with it currently attracting a great deal of criticism for its positivistic commitments and for its bias in favor of biomedical/neuroscientific explanatory paradigms» (Benning, 2015, s. 350–351). Hovedproblemet er dessuten fokuset på risikofaktorer, enten disse er biologiske, psykologiske eller sosiale, med tilhørende lineær forklaringstankegang, og der det ikke er rom for suicidalitetens subjektive og kontekstuelle *mening* (Hjelmeland, 2016).

PROBLEMET ER RISIKOFAKTORFOKuset

En metaanalyse av 50 års risikofaktorforskning konkluderte med at *ingen* risikofaktorer har klinisk nytteverdi (Franklin et al., 2017). Nesten ingen av dem som sliter med de vanlige risikofaktorene, tar sitt liv. Dette gjelder også psykiske lidelser: «96%–98% of mood disorder patients will *not* die by suicide» (Franklin et al., 2017, s. 217). Psykiske lidelser (og andre risikofaktorer) sier, *i seg selv*, lite eller ingenting om hva suicidaliteten handler om for dem det gjelder, eller om selvmordsrisiko. Dermed gir de psykiske lidelsene heller ikke et godt nok grunnlag til å vurdere, håndtere eller behandle suicidalitet hos enkeltpersoner. Derfor er det mer fruktbart å fokusere på de(n) subjektive *mening(er)* suicidaliteten har for dem det gjelder, i deres *kontekst* (Hjelmeland & Knizek, 2016a).

I en oppsummeringsstudie av kvalitativ forskning peker White (2016) på betydningen av at klinikere erkjenner at pasientene deres er medlemmer av familier, samfunn og kulturelle kontekster, og hvordan en suicidal person kanskje strever med å håndtere behov, verdier og forventninger fra hver av dem. Hun understreker at «...by helping suicidal persons to see some of the cultural and societal constraints that may be contributing to their despair (e.g. narrow notions of masculinity, patriarchal practices), practitioners can help individuals recognize that the challenges they are facing may not be of their own making, which is in keeping with a social justice orientation to counselling and prevention» (s. 348).

STRÅMANNSARGUMENTASJON

Som nasjonalt senter har NSSF makt til å definere «fakta» både helsemyndigheter og deler av fagmiljøet innretter seg etter. Andre deler av fagmiljøet er svært kritiske. Istedenfor å legge opp til saklig debatt, går NSSF til angrep med påstander om at «mange misforstår» og «enkelte mener». Når de ikke sier hvem disse er, fremstår dette som stråmannsargumentasjon. De hevder for eksempel at «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



Faksimile fra aprilutgaven av Psykologtidsskriftet

i psykisk helsevern». Vi har aldri hørt om noen som mener det.

De navngir imidlertid én av sine kritikere, når de hevder at «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». Dette er ikke riktig. Hun svarte ja på et direkte spørsmål fra Psykologtidsskriftets journalist om det sterke fokuset på psykiske lidelser *kan være en medvirkende årsak til manglende nedgang i selvmordsraten* (det er betydelig forskjell på *kan være* og *er*), og listet opp en rekke mulige grunner for en slik mulig sammenheng (Hjelmeland intervjuet av Halvorsen, 2020). Dessverre tok ikke journalisten med *alle* begrunnelsene. Han utelot poenget etterlatte etter selvmord har framhevet, nemlig at det var fagfolks stadige understreking av at selvmord handler om psykiske lidelser, som gjorde at de ikke så selvmordsfaren hos sine sønner. De trodde at man måtte ha en psykisk lidelse for å ta sitt liv, og ettersom de ikke hadde sett tegn til alvorlig psykisk lidelse, trodde de ikke det var noen selvmordsfare (Rasmussen & Dieserud, 2018).

Dette er studien fagsjefen i Psykologforeningen (Herheim, 2020) viser til, men som Walby og co. bare avfeier, med svært misvisende argumentasjon; en studie Rasmussen og Dieserud for øvrig fikk *Legeforeningens pris for forebyggende arbeid 2019* for.

MYTER OG FAKTA?

Walby og co. (2020) ser ut til å mene at de forvalter «fakta», mens vi som representerer andre faglige ståsteder, bare har «myter» å fare med. Man bør imidlertid være svært forsiktig med å snakke om fakta i suicidologien. Suicidalitet handler om mange ulike ting, og kvalitativ forskning har bidratt med kunnskap om mange kontekstuelle forståelser av selvmord/suicidalitet (Hjelmeland & Knizek, 2016b; White, 2016). Det er ingen forhold som gjelder for absolutt alle selvmord. Suicidalitet er et komplekst, mangefasettert, motsetningsfylt og kontekstuel fenomen, som typisk forekommer i dynamiske sosiokulturelle kontekster, der individuelle sårbarheter, relasjonelle identiteter, forventninger fra familie og kultur samt normative diskurser krysser hverandre på



svært komplekse og motstridende måter, og «the emotional experience of suicidality is fluid, complex and layered» (White, 2016, s. 340).

FORA FOR SAKLIGE DEBATTER

NSSF har vært premissleverandør for retningen på det nasjonale selvmordsforebyggende arbeidet i 25 år. Suicidologien er for tiden i rivende utvikling (se f.eks. www.criticalsuicidology.net for referanser). Det kan være ubehagelig å utfordre toneangivende fagfolks

«fakta» (Hjelmeland & Knizek, 2017), men det er nødvendig. Det er blant annet gjennom saklige debatter mellom folk som er uenige med hverandre, at fagfelt utvikles. Et nasjonalt senter bør se det som sin oppgave å skape gode fora og arenaer for slike. Helsedirektoratet tok utfordringen på tampen av fjoråret, da de i forbindelse med revisjon av retningslinjene inviterte en rekke kritiske røster til seminar. Herved oppfordres NSSF til å gjøre tilsvarende. ✕

REFERANSER

- Benning, T.B. (2015). Limitations of the biopsychosocial model in psychiatry. *Advances in Medical Education and Practice*, 6, 347–352.
- Franklin, J.C., Ribeiro, J.D., Fox, K.R., Bentley, K.H., Kleiman, E.M., ... Nock, M.K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232.
- Halvorsen, P. (2020). Splittet i synet på selvmordsforebygging. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(2), 90–95.
- Herheim, Å. (2020). Å forstå psykologien bak selvmord er ingen sjekklisteoppgave. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*
- Hjelmeland, H. (2016). A critical look at the current suicide research. I: J. White, I. Marsh, M. Kral & J. Morris (red.), *Critical Suicidology: Re-Thinking Suicide Research and Prevention for the 21st Century*, s. 31–55. UBC Press.
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B.L., Leenaars, A.A. (2012). Psychological autopsy studies as diagnostic tools: Are they methodologically flawed? *Death Studies*, 36, 605–626.
- Hjelmeland, H. & Knizek, B.L. (2016). Time to change direction in suicide research. In: R. O'Connor & J. Pirkis (red.), *The International Handbook of Suicide Prevention*, 2nd edition, s. 696–709. Chichester, UK; Wiley Blackwell.
- Hjelmeland, H. & Knizek, B.L. (2016b). Qualitative evidence in suicide: Findings from qualitative psychological autopsy studies. I: K. Olson, R.A. Young, I.Z. Schultz (red.), *Handbook of qualitative health research for evidence-based practice*, s. 355–371. New York: Springer Science+Business Media.
- Hjelmeland, H., & Knizek, B.L. (2017). Suicide and mental disorders: A discourse of politics, power and vested interests. *Death Studies*, 41(8), 481–492.
- Marsh, I. (2010). *Suicide. Foucault, history and truth*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Michel, K. & Jobes, D. (red.) (2011). *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient*. Washington, DC: American Psychological Association.
- O'Connor, R. & Sheehy, N. (2000) *Understanding suicidal behavior*. Oxford: PBS Blackwell.
- Rasmussen, M.L. & Dieserud, G. (2018). Etterlattes erfaringer ved selvmord hos unge men. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, DOI: 10.4045/tidskr.17.0571.
- Walby, F.A., Myhre, M., Tørmoen, A., Kildahl, A.T., og Mehlum, L. (2020). Myter og fakta om selvmordsforebygging. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(4), 294–297.
- White, J. (2016). Qualitative evidence in suicide ideation, attempts, and suicide prevention. I: K. Olson, R.A. Young, I.Z. Schultz (red.), *Handbook of qualitative health research for evidence-based practice*, s. 335–354. New York: Springer Science+Business Media.
- White, J., Kral, M., Marsh, I., & Morris, J. (2016). Introduction: Rethinking suicide. I: J. White, M. Kral, I. Marsh, & J. Morris (red.), *Critical suicidology. Transforming suicide research and prevention for the 21st century* (s. 1–11). Vancouver: UBC Press.

For mye kontroll og styring

Kontekst og pasientens særegne behov er viktigere enn standardiserte krav.



MIN FORSKNING om samarbeid mellom terapeuter og pasienter med pågående selvmordspromblematikk blir nevnt i to debattinnlegg i aprilutgaven av Psykologtidsskriftet.

Ekeberg og Hem retter sin kritikk mot min ph.d.-avhandling og mine uttalelser i et intervju i tidsskriftet i september 2019 (Ekeberg & Hem, 2020). Avhandlingen hadde ikke til hensikt å evaluere Nasjonale retningslinjer i forebygging av selvmord, som nå skal revideres. Jeg spurte ikke terapeutene spesifikt om hva de mente om retningslinjene. Men jeg inviterte dem til en åpen samtale om hvordan de forsto og fulgte opp pasienten i en terapiprosess etter en selvmordskrise. Jeg intervjuet også pasientene om hva de syntes var til hjelp for dem i denne perioden, hva som styrket livshåpet, og hva som kunne stå i veien for positive endringsprosesser (Østlie, 2018). På bakgrunn av intervjuer med 19 slike pasient-terapeut-par har jeg uttalt meg om de nasjonale retningslinjene.

Walby og kolleger fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging kritiserer ikke mitt arbeid direkte, men forsvarer sin posisjon og sine strategier. De fremhever at de anerkjenner et bredt perspektiv på selvmordsforebygging, og viser til det de kaller et «biopsykososialt utgangspunkt» (Walby et al., 2020). De føler seg misforstått av sine kritikere, som har plassert dem i et snevert «biomedisinsk» kunnskapsparadigme. Det er likevel uklart hva et biopsykososialt utgangspunkt innebærer. Anerkjenner det for eksempel betydningen av individuelle tilpasninger og pasientens medbestemmelse i terapi, og kvalitativ metode som forskningsmetodikk?

Walby og hans kolleger erkjenner også at det er nødvendig med det de kaller en ny pedagogisk tilnærming når det gjelder selvmordsrisikovurderinger, i og med at kritikken rettet mot denne delen av retningslinjene, ikke vil stilne. Forhåpentligvis handler dette om at de ønsker

å lytte til dem som har kritisert retningslinjene på dette punktet.

PROBLEM AT ALLE SKAL

Ekeberg og Hem (2020) holder fast på at standardiserte spørsmål i en selvmordsrisikovurdering er viktig. De argumenterer med at spørsmålene i retningslinjene som er knyttet til selvmordsrisikovurderinger, er til hjelp når kliniker er nybegynner og usikker. Slik jeg ser det, er problemet at *alle* i spesialisthelsetjenesten *skal* stille disse spørsmålene, at det er selve kvalitetsmålet for om man forholder seg ansvarlig til pasienters mulige selvmordstematikk.

Videre kritiserer Ekeberg og Hem min undersøkelse med argumenter hentet fra en helt annen kontekst enn den jeg hentet data fra. Deres kontekst er et liasonsteam ved en medisinsk avdeling, der de i et møte med en ukjent pasient skal vurdere videre tiltak. Jeg intervjuet terapeuter og pasienter som kjente hverandre og arbeidet sammen i en terapiprosess over tid. Da terapeutene ble inkludert i undersøkelsen, visste de at pasienten strevde med selvmordstanker, pasienten hadde nylig vært innlagt ved en psykiatrisk avdeling på grunn av selvmordsfare. Mange hadde forsøkt å ta sitt liv i forkant av innleggelsen. De skulle følges opp med videre behandling etter innleggelsen, og selvmordstemaet var fremdeles levende i pasientens indre.

Jeg fant at det var to mulige fallgruver terapeutene kunne gå i, ikke bare én, slik Ekeberg og Hem refererer til. De kunne bli for opptatt av å bruke standardiserte verktøy for å evaluere pasienten, mens den andre fallgraven var at terapeuten kunne bli unnnvikende og ikke snakke om selvmord når det var aktuelt for pasienten. Begge deler var uheldig for terapiprosessen, og forstyrret tilliten pasienten hadde til terapeuten. Å balansere mellom disse to fallgruvene er terapeutens oppgave.

TEKST Kristin Østlie, psykologspesialist og ph.d.

**SELMORDS-
FOREBYGGING**





Slik jeg ser det, er problemet at alle i spesialisthelsetjenesten skal stille disse spørsmålene

En annen innvendig fra Hem og Ekeberg er tvil knyttet til om pasientene i min studie var suicidale. De er kritiske til begrepet kronisk suicidal og presenterer det som om jeg bruker begrepet i ph.d-avhandlingen. Dette er feil, jeg er også kritisk til dette begrepet og bruker det ikke. Men jeg mener at pasienter kan streve med selvmordstematikk over tid, også mens de går i poliklinisk behandling. Ulike kontekster trenger ulike anbefalinger om hvordan selvmordsfare skal håndteres, det har vært ett av mine ankepunkter mot Nasjonale retningslinjer. Jeg er derfor glad for å lese at Walby og hans kolleger nå sier seg enig i et slikt syn, at kontekst må bety noe (Walby et al., 2020).

IMPLEMENTERING OG STYRING

Min kritikk er særlig rettet mot implementeringsstrategien Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging valgte da retningslinjene kom i 2008, og mot konsekvensene de har hatt for hvordan man styrer spesialisthelsetjenesten. Implementeringsstrategien i 2008, og årene etter, handlet i stor grad om et undervisningsopplegg i selvmordsrisikovurderinger som skulle nå alle i spesialisthelsetjenesten i Norge, ikke bare én gang, men regelmessig. Styringen i etterkant handlet om at man kontrollerte om klinikere gjorde selvmordsrisikovurderinger av alle pasienter de møtte, etter den oppskriften de hadde lært på kurs. Denne kontrollen ble gjennomført i interne revisjoner ved de enkelte sykehus, og eksterne revisjoner i regi av Helsetilsynet. Helsearbeidere erfarte at det i stor grad var formalia som ble kontrollert og

vektlagt, journalen skulle være i tråd med retningslinjenes anbefalinger. Dette ledet til en (u)kultur i offentlig psykisk helsevern, å «ha ryggen fri» ble viktig. Journalen kontrolleres også når det har skjedd et selvmord i spesialisthelsetjenesten, og det blir sett på som et avvik, et lovbrudd, dersom dokumentasjonen ikke er i henhold til retningslinjene. NRKs reportasjer i november og desember 2018, med utgangspunkt i Preben, som tok sitt liv på psykiatrisk avdeling, viser hva som kan gå galt med en slik styring. En journalist ville vise hvor galt det er stelt med psykisk helsevern, pasienter tar sitt liv, og det framstilles som om det skjer fordi helsepersonell bryter loven. Ledelsen i helsebyråkratiet rettet truende pekefingeren mot helsepersonell på TV og skapte angst. Problemet er at angst ikke bidrar til å spille terapeuter gode (Østlie, 2019).

KRISE

Jeg håper at man velger nye implementeringsstrategier når de reviderte retningslinjene kommer. Jeg håper også revisjonen vil bygge på et bredt syn på relevant kunnskap og ta nyere psykoterapiforskning i betraktning – også kunnskap som er utviklet ved bruk av kvalitativ metode, der subjektive erfaringer systematiseres. Dersom det ryddes plass til alle som vil bidra med kunnskap inn i fagfeltet suicidologi, er det ingen krise i det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge. I og med at vi har et Nasjonalt senter for forskning og forebygging av selvmord, mener jeg de har et særlig ansvar for å favne denne bredden. ✕

REFERANSER

- Ekeberg, Ø. & Hem, E. (2020). Selvmordsvurdering er helt nødvendig. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(4), 298–299.
- Walby, F., Myhre, M., Tørmoen, A. & Mehlum, L. (alle ansatt ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging) (2020). *Myter og fakta om selvmordsforebygging*. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(4), 295–297.
- Østlie, K. (2019). Om skyld og ansvar i terapi når pasienten er i selvmordsfare. I E. Stänicke, H. Strømme, S. Kristiansen & L.I. Stänicke (red.), *Klinisk tenkning og psykoanalyse* (s. 89-106). Gyldendal.
- Østlie, K. (2018). *Listening to suicidal patients in psychotherapy: How therapeutic relationships may expand patients' prospects for living their lives* [doktoravhandling, Det samfunnsvitenskapelige fakultet]. Universitetet i Oslo.



INDRE TAP Denne tiden føles for meg som om jeg har blitt isolert, ikke bare i det ytre, men også i det indre, skriver artikkelforfatteren.
Foto: Nora Skjerdingstad

Min sang er ingen balkongsang

Det er lov å synge fra en balkong, men bare hvis sangen er positiv. Triste toner er forbudt.

DE SISTE UKENE har lignet noe jeg ellers bare opplever i mareritt. Alt har blitt forandret på en måte som gjør at det virker fremmed – og noe i denne fremmedheten er svært skremmende. Mennesker jeg trodde var snille, virker fiendtlige, fremmede eller uforståelige. Lydigheten jeg ser overalt, forferder meg. Alle andre virker som om de synes at situasjonen er bryssom, men de klarer seg jo. De tar seg sammen, de ser fremover, de sier gode ord som «dette

går over», «det blir bra til slutt». Det er ikke lenger greit å være ærlig om hvordan man har det. Det gjelder å ta seg sammen, være positiv, slutte seg til parolene. Og jeg tenker: «Nei, jeg klarer meg ikke, og jeg kommer ikke til å klare å gå videre.»

Men jeg tør ikke si det. For tross alt er jeg en ressurssterk, høyt utdannet del av middelklassen – ikke del av en «sårbar gruppe». «Sårbar gruppe» er jo alle de som samfunnet vårt har



TEKST

Jessica Harnischfeger,
psykologspesialist

KORONAHVERDAG



«fjernet» fra offentligheten, mennesker i flyktningleirer, rusmisbrukere ... ikke slike som meg. Mine plager er ingenting i forhold til dem som virkelig strever, jeg vet det. Jeg har fortsatt jobben min, jeg er frisk, selv mine gamle foreldre er friske. Ja jeg vet ... og likevel.

Til slutt må jeg spørre meg: Dette ligner for mye på en depresjon til at jeg kan la være å søke hjelp, selv om det sitter langt inne. Jeg snakker med legen min på en skjerm. Hun gir meg hjelp, men det hun sier, gjør noe mer med meg: «Du er ikke alene om å ha det sånn. Du er bare litt tidlig ute.» Hun forteller meg at hun har mange slike samtaler, med folk som går i skogen, sitter på en benk, har gjemt seg litt fra familien ... og som strever. Og det slår meg at det er en ting som også skjer i disse tider: Det er ikke lenger greit å være ærlig om hvordan man har det.

Slik blir det indre borte. Man får lov å synge på en balkong, men bare hvis musikken er positiv. Triste sanger kan man ikke synge, for «sårbare grupper» er dem vi må tenke på nå. Det er en sårende nedlatenhet i alt dette. Vi har det jo bra, det er «de sårbare» som har det fælt. Jeg skriver dette for ikke å føle meg alene og rar. Men mens jeg skriver, kjenner jeg hvor diskriminerende vår snakk om «de sårbare» er; som om det kun er de svake og sårbare som ikke klarer seg i dette. For hvem er de Sårbare? Barn, eldre, aleneforeldre, flyktinger, folk uten fast bopel ... greit. Men det er også slik at jeg føler jeg går under ved tap av mening, nyanser og livet mitt slik som jeg kjente det!

En av de få tingene som føles meningsfulle i livet mitt akkurat nå, er å følge opp en pasient som er uten fast bosted, som er illegalt her i landet. Hun sendte meg en melding da nedstengingen begynte, ba om et møte. Jeg stod klar, tenkte her er en Sårbar som må få hjelp, nå. I timen var hun ved godt mot – og det viktigste hun hadde å fortelle, var at hun hadde forelsket seg. Det verste som kan skje et menneske, er å bli isolert fra andre. Det er derfor dette blir definert som et menneskerettighetsbrudd – vi klarer oss ikke alene. Denne tiden føles for meg som om jeg har blitt isolert, ikke bare i det ytre, men også – og det er mye verre for meg – i det indre. Men jeg tror at der ute finnes det minst ett menneske til som har det slik som meg. Og denne teksten er til deg. Du er ikke alene. ❌

Koronahverdag

Hvordan opplever du psykologhverdagen etter at koronaepidemien snudde livet på hodet? 26. mars la vi invitasjonen ut på våre nettsider samtidig som vi ba om bidrag fra enkeltpersoner. Her kan du lese utdrag fra tekstene. Hele serien finner du på psykologtidsskriftet.no.

...jeg spurte en såkalt langtidssoner i fengselet om han hadde noen tips. (...) Ikke gå for en grei karantene», svarte han med et smil. «Stå opp om morgenen, snakk med de du kan.

Simen Øverland, psykologspesialist

Jeg snakket med en gutt i 8. klasse som forteller at han syns det er lettere å lære når han kan gjøre det i sitt eget tempo. Han sa: «Tenk å kunne stoppe læreren, spole tilbake og trykke «play».

*Simen Mjøen Larsen,
Psykolog i PP-tjenesten i Tønsberg*

Om kriser synar kva menneske er laga av, er eg laga av løgn, sjølvmedliding og store mengder sjokolade...

Ragnhild B. Lygre, psykologspesialist

Etter mange år med problemer har de endelig blitt enige om å gå i terapi. Nå er kontoret stengt.

*Ingvild Stjernen Tisløv,
Psykologspesialist, fagkonsulent MST*

.... jeg tok meg selv i å planlegge en ny samfunnskalender basert på det kinesiske horoskop.

Anna Helle-Valle, forsker og psykolog

Ingen kommer til å bli anklaget for at de gjorde for mye for dem som strevde psykisk under koronakrisen. Flere av oss gjør ikke nok.

*Heidi Tessand, psykologspesialist,
seksjonsleder for Stillasbyggerne, Ahus*

Jeg merker at jeg barberer meg sjeldnere i disse koronatider. Det er ikke så viktig å ha nyrstøken skjorte når jeg skal sitte i telefonen.

*Øystein Førre, Psykologspesialist
med avtalehjemmel i Viken*

Vi vil styrke Psykologtidsskriftet

Som eier har vi gjort grep som vil beholde den gode, uavhengige journalistikken og samtidig øke den faglige tyngden.

DEN SISTE TIDEN har det vært mye oppmerksomhet rundt *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Først og fremst positiv, i forbindelse med at det i mars ble kåret til årets tidsskrift for 2019 av Norsk tidsskriftforening. Juryen velger å trekke frem deknningen av kommunevalget, og det er lett å si seg enig i at dette er fremragende journalistikk. Sentralstyret er stolt av at vi eier et tidsskrift som kan smykke seg med denne prisen.

Det har også vært oppmerksomhet rundt flere vedtak i sentralstyret knyttet til tidsskriftet. Her har det vært stilt spørsmål ved hva disse vedtatte endringene vil bestå i, og hva som er sentralstyrets intensjon. Derfor ønsker vi å forklare vår visjon for et uavhengig og faglig sterkt tidsskrift.

OVERORDNET VISJON

Tidsskriftet er et av Psykologforeningens viktigste medlemstilbud. Det understøttes i medlemsundersøkelsen (2016), der bare drøyt to prosent av medlemsmassen svarer at de *ikke* leser tidsskriftet. Som medlemsblad skal det der rettes ekstra søkelys på stoff som omhandler og vedkommer norske psykologer. Videre skal fagfellevurderte vitenskapelige artikler utgjøre selve ryggraden i produktet vi leverer.

Slik vi ser det, har tidsskriftet en unik posisjon som identitetsskaper for våre medlemmer.

I tillegg til å være medlemsblad er tidsskriftet også en samfunnsaktør og en viktig kilde for andre medier. Dette er i tråd med Psykologforeningens formålsparagraf og foreningens ambisjon om å fremme anvendelse av psykologisk fagkunnskap. I en tid da psykisk helse står stadig høyere på dagsordenen, er det viktig med et faglig sterkt tidsskrift som et korrektiv til mer unanserte fremstillinger i tabloide og sosiale medier.

Denne visjonen mener vi er godt forankret og tydeliggjort i en ny formålsparagraf, utformet i dialog med redaksjonen, Fagpressen og Redaktørforeningen.

BEHOV FOR JUSTERING

Over tid har det vært en rekke henvendelser fra medlemmer og lokallag om innholdet i tidsskriftet, der det etterlyses større fokus på fagbidrag. Flere ganger i senere år har sentralstyret diskutert behovet for en sterkere faglig profil og tydeligere retning. Vi må ta på vår kappe at justeringer ikke har blitt gjort fortløpende. Med eier og styre skal det være dialog om jevnlig justeringer. Det er ikke dramatisk, men helt nødvendig og forventet av eier og styre i tidsskriftet. »



TEKST

Sentralstyret i Norsk psykologforening

PSYKOLOG- TIDSSKRIFTET

Samtidig er det viktig å ha med seg at det er mye som fungerer godt. Derfor er det viktig å verne om det som åpenbart fungerer, og ikke gjøre unødvendige endringer.

DIALOG

En av de tingene vi som eier ikke har vært gode nok til de siste årene, er dialog med tidsskriftet. Derfor er vi nå inne i en prosess for å formalisere dialog. Nøyaktig hvordan dette blir, er ikke klart ennå, men det skal skje i samråd med tidsskriftet og ny redaktør. Formålet er klart: Å sørge for bedre kommunikasjon mellom eier, redaksjon og medlemmer.

Et konkret tiltak er å formalisere et redaksjonsråd ved å gjøre det oppnevnt av sentralstyret. Dagens redaksjonsråd er utnevnt av sjefredaktøren og har ingen formell forankring i organisasjonen. Det nye redaksjonsrådet vil bli satt sammen i samråd med den nye sjefredaktøren, som alene står ansvarlig for det som publiseres i tidsskriftet

NY REDAKTØR

Den viktigste aktøren for å levere på innholdssiden er kanskje redaktøren. Når redaktøren har valgt å trekke seg, betyr det i seg selv en stor endring for redaksjonen. Derfor er det ekstra viktig for sentralstyret å treffe godt med ansettelsen. Vi har som mål å ha på plass ny redaktør før sommeren og er trygge på å kunne finne den riktige personen.

MEDLEMSINFORMASJON

Sentralstyret har vedtatt at Psykologtidsskriftet skal kunne brukes til å gi medlemmene nødvendig informasjon. Det skal være egne merkede sider som fortsatt er underlagt redaktørens ansvar. Dette vedtaket er utformet i tråd med råd fra Fagpressen og Redaktørforeningen.

Formålet er å gi medlemmene nyttige oppdateringer i deres daglige virke, samtidig som det er synlig at dette ikke er vanlig redaksjonelt stoff.

NÅ MÅ VI SE FREMOVER

Som forening har vi et ansvar for å ivareta faget, og tidsskriftet skal være en primærkilde for godt fag. Redaksjonen har vært inne i en periode med mye uklarheter, men målet er nå å etablere bedre dialog og tydelige rammer. Vi er trygge på at disse vedtakene vil gi medlemmene i Psykologforeningen et styrket fagtidsskrift. ✕

Fra arkivet: 1984

Psykologi og computerteknologi

Bytes, bits, floppy-disks, 64 K, DOS, CP/M... Vi ser disse og en mengde andre begreper daglig i aviser og tidsskrifter. Microcomputeren er på full fart inn på alle nivå i samfunnet og sprer både glede og usikkerhet i hjem, skole og på arbeidsplassene (...).

Microcomputeren (PC).

Det er på dette computernivået man kan vente at de fleste psykologer vil finne datateknologien tiltrekkelige og praktisk anvendelig. Argumentene for dette er først og fremst at utstyret er relativt rimelig (...) og at de behov psykolog må antas å ha for computerassistanse kan tilfredsstilles med dette utstyret. (...) Psykologer som daglig står til knes i klientarbeide vil, ved hjelp av de datalagringsmuligheter som en PC gir, ha muligheter for å lagre anamnesticke og kliniske opplysninger samt testdata som senere raskt kan hentes frem og/ eller bearbeides videre. Selve lagringen av informasjon er enklere enn de rutiner man tidligere har benyttet med kartotekkort og journaler. Også fremhentingen av informasjon er uendelig mye lettere – for ikke snakke om videre systematisering og analyse av data. (...)

Tenk deg at du sitter foran en PC, slik den er beskrevet. Du vil lage et arkiv over dine klineter og har anskaffet et eget program til maskinen. Alt du trenger å gjøre er å legge programdisketten i disketteseren og skru på maskinen, som automatisk vil starte opp programmet. Programmet overtar deretter kontrollen over det som skal skje. Du stilles overfor en rekke valg som avgjøres i form av ja/nei eller enkle koder via tastaturet. (...)

Man skulle kanskje tro at det ikke kunne gjøres enklere, men utviklingen det siste året har gjort denne antakelse til skamme. Neste generasjon maskiner kontrolleres i det vesentlige ved at man med en liten boks, kalt «a mouse», flytter en pil rundt på skjermen og med denne velger hva som skal skje på grunnlag av «menyer» og symboler på skjermen, eller rett og slett ved at man berører selve skjermen med en finger. (...)

La oss helt på tampen også kort se på spørsmålet om kommunikasjon mellom computere. PC kan tilkobles andre computeranlegg via et såkalt modem for telefonlinjer. Dette betyr at en PC kan brukes som terminal til ethvert dataanlegg som det er mulig å ringe til.

Fra Bjørn Ellertsens artikkel «Psykologi og computerteknologi», publisert august 1984

Inntrykk

Bokessay, anmeldelser og forfatterintervjuer



ILLUSTRASJON: SHUTTERSTOCK



”

Gjør vitenskapelig metodikk det mulig for mennesket å tilegne seg sann kunnskap om fenomenene det studerer?

Les anmeldelsen av Grunnlagsproblemer i vitenskapene om mennesket på side 393.

Den digitale psykologfremtiden

Veiledet internettbehandling har fått forhøyet aktualitet etter at svært mange psykologer på kort tid har fått erfaring med behandling på nett. Og flere vil det bli, skriver Svein Øverland.

Les anmeldelsen på side 395.

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.



SKILLELINJER Det er vanskelig å vite hvor personligheten slutter og en sykdom begynner, særlig når du alltid har vært energisk og utadvendt, sier Kay Redfield Jamison, en av nestorene på bipolar lidelse. Foto: Nora Skjerdingsstad

Den forføreriske manien

Bipolar lidelse er biologisk i sin opprinnelse, men kjennes psykologisk, sier psykolog og forfatter Kay Redfield Jamison.

TEKST Ida Holth og Nora Skjerdingsstad

«**D**ronningen av bipolar lidelse» har hun blitt kalt, psykologen, forskeren og forfatteren Kay Redfield Jamison. I november i fjor gjestet hun Schizofrenidagene i Stavanger, der hun foreleste om bipolar lidelse og om sammenhengen mellom kreativitet og psykisk lidelse. Selv har hun vært farget av lidelsen fra hun som ung jente fikk sin første maniske episode.

Jamison er i dag med-direktør ved The Mood Disorders Clinic ved det anerkjente amerikanske universitetet John Hopkins University School of Medicine i Baltimore. Professoren har skrevet en av de store grunnbøkene om bipolar lidelse, samt en rekke bøker som utforsker temaer som selvmord og det å leve med alvorlig psykisk sykdom. Karrieren hennes har bestått av en del forskning og en del erfaringsformidling, der innsikter fra kunstfeltet og historien kombineres med empirisk forskning. 74-åringen var åpen om lidelsen over to tiår før åpenhet ble allemannseie. Åpenhet har vært det rette, for det har vært det ærligste, skriver hun i selvbiografien *An unquiet mind* (1996). Her skriver hun seg gjennom oppvekst, akademiske ambisjoner, havarerte kjærlighetsforhold, et selvmordsforsøk, tappende opp- og nedturer, og en terapeut som sto last og brast. Over 20 år etter at hun valgte å stå frem – hvordan ser hun tilbake på valget?

– Jeg antar at jeg er glad for at jeg gjorde det (pause). Det har gått på bekostning av privatlivet, men jeg tror at profesjonelle snakker for lite om slikt, sier hun. Valget om å være åpen har fremdeles konsekvenser, forteller hun. Folk kan oppføre seg litt annerledes overfor henne, de fortolker henne i lys av lidelsen:

– Hvis jeg bare sitter og stirrer ut i luften, så kan kolleger komme bort og spørre om alt er ok.

Lidelsen har gjort at hun har måttet velge bort arbeidet med pasienter, noe som har vært tungt. Men hennes akademiske og personlige kjepphest, nemlig at lidelsen skal tas på alvor som et *medisinsk* problem, synes å ha vært viktigere å formidle enn hensynet til kostnadene ved å stå frem. På Schizofrenidagene i Stavanger i fjor gjentok hun betydningen av at pasienter med bipolar lidelse tar medisiner. 40-45 prosent følger ikke opp medisineringen, ifølge Jamison. Det kan ha sammenheng med maniens euforiske og derav avhengighetsskapende kraft, mener hun. Det kommer vi tilbake til.

INGENTING ER FOR VIDUNDERLIG

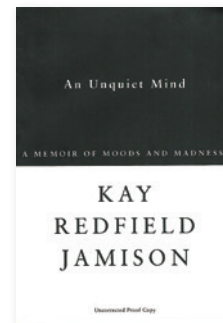
Kay var et driftig og vitebegjærlig barn i en beskyttet oppvekst på militærbaser i Washington, California, Tokyo og Puerto Rico. Faren var pilot og meteorolog, moren var grunnskolelærer. Interessene hennes ble tatt fullt og helt på alvor – hun ble fulgt opp og oppmuntret i sine første vitenskapelige undersøkelser, som å dissekere frosker. «Mitt naturlige selv var optimistisk og positivt»¹, skriver hun i selvbiografien. På håndleddet bar hun et armbånd med sitatet «Nothing is too wonderful to be true». Mørket kom som en kraft utenfra, skriver hun. Hun ble psykotisk første gang i tenårene. Det skulle ta intense 10 år før hun skjønnte tegningen. Innen da hadde hun rukket å få seg en doktorgrad i psykologi.

– *Hvorfor forsto du ikke at du hadde denne lidelsen, tidligere?*

– Jeg visste at jeg var syk, jeg hadde en doktorgrad i klinisk psykologi, men det var ikke åpenbart for meg hva som foregikk. Jeg tenkte på å få behandling tidligere, men det var ingenting i det jeg kom fra, som tillot meg det. Det skjedde ikke.

.....

1. Undertegnendes egne oversettelser fra selvbiografien



ÅPENHET I selvbiografien *An unquiet mind* gir Kay Jamison et innblikk i livet med bipolar lidelse.

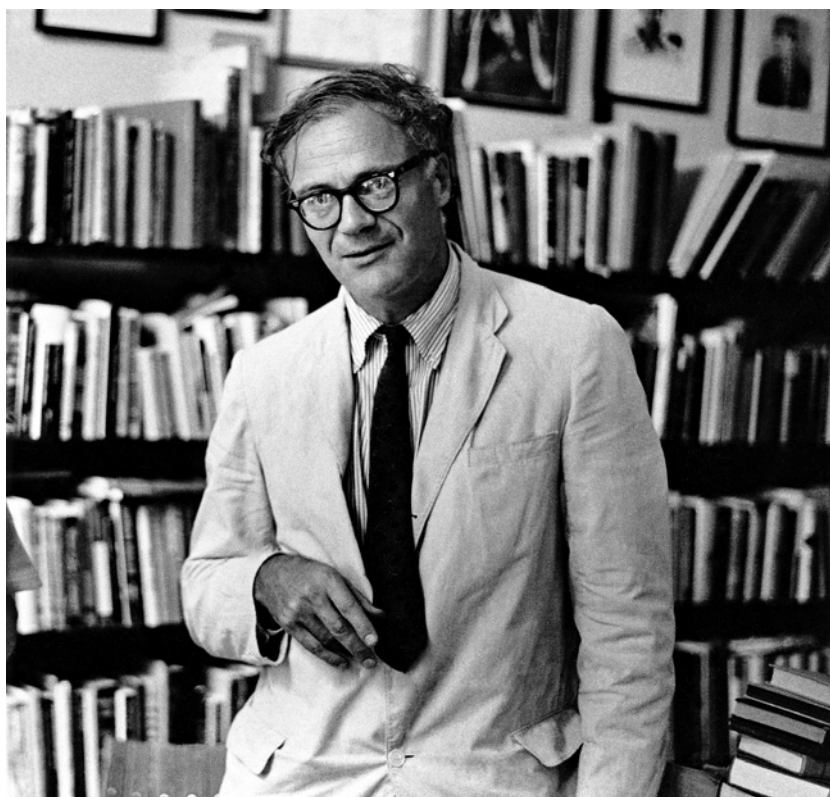
Kay Redfield Jamison

- Den amerikanske professoren har skrevet en av pilarene innenfor litteraturen om bipolar lidelse: *Manic-depressive illness* (1990/2007) sammen med Frederick K. Goodwin, tidligere direktør for National Institute of Mental Health.
- I boken *Touched With Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament* (1993) utforsker hun sammenhengen mellom kreativitet og bipolar lidelse.
- Selvbiografien *An Unquiet Mind* (1995) tar for seg hennes egne erfaringer med bipolar lidelse.
- Hennes siste bok, *Robert Lowell, Setting the River on Fire: A Study of Genius, Mania, and Character* (2017), handler om den amerikanske poeten Robert Lowell, som levde et liv med bipolar lidelse



”

Jeg tror ikke vi snakker nok om språk i psykologien og psykiatrien. Vi bare beveger oss ut på våre egne veier, jeg gjør det selv



MANISK DIKTNING Poeten Robert Lowell hadde bipolar lidelse. Kay Redfield Jamison har latt seg fascinere av koblingen mellom mani og skaperevne, og utforsker disse ideene i sin bok fra 2017 om denne amerikanske modernisten. Foto: Elsa Dorfman / Wikimedia

Det ble etter hvert klart at mørket og energien var noe hun hadde arvet etter sin far: «Det var som om min far hadde gitt meg, gjennom temperamentet, en umulig vill, mørk og utemmet hest» (s. 119). Jamison selv har alltid vært energisk, forklarer hun: Det er vanskelig å vite hvor personligheten slutter og en sykdom begynner. I boken *Exuberance: The passion for life* (2004) refererer hun for eksempel forskning som antyder at 15 prosent av dem som kan ha bipolar lidelse, faktisk aldri blir deprimerte – de er i stedet for konstant «høye på livet». Forfatterskapet til Jamison dreier seg om å forstå hvordan sykdom og personlighet er heftet sammen.

– Noe av det mest kompliserte ved bipolar lidelse er at følelser og tenkemåter kan bli viklet inn i hverandre. Særlig er dette uttalt når du er manisk. Når du er virkelig manisk, er det ikke vanskelig [å forstå at du er syk], og heller ikke når du er suicidal eller deprimert. Det avviker så tydelig fra den du er. Men når du er litt høy, og særlig når du til vanlig er utadvendt, er det krevende å ikke bare tenke at du føler deg litt mer utadvendt, litt mer på nett med alt i universet.

Jamison mener dette gjør prosjektet med å skille lidelse og personlighet vanskeligere – men også mer interessant. En av fordelene med å ha en sykdom over tid, er imidlertid at du blir bedre og bedre i stand til å skille det ene fra det andre, mener hun.

SOM KOKAIN

Overgangen fra raske tanker til kaos går sakte og er nydelig forførende, skriver Jamison i selvbiografien. For noen kan mani kan være avhengighetsskapende som kokain, uttaler hun i et av foredragene sine under Schizofrenidagene. Hun mener at den formidable kreativiteten som utløses i manien, er så besnærende at man kan bli heftet på den. Man jakter kaniner i hodet, forklarer hun i et av foredragene sine. Sammenhengen mellom mani og kreativitet analyserer hun i boken *Touched with fire* fra 1993, der hun undersøker hvordan en rekke poeter og komponister har brukt sine indre stormer til å skape.

– Hva er sammenhengen mellom bipolar lidelse og kreativitet?

– Mange studier viser en høyere forekomst av bipolar lidelse blant utpreget kreative mennesker. Mye av det handler om den enorme selvtilliten folk får, grandiositeten, villigheten til

å bryte ned barrierer, å ikke se hemninger. Men først og fremst endres tenkningen. Tenkningen blir uhemmet og mer flytende, og holder seg på en måte ikke på ett spor. Ideer flyr, de beveger seg raskt. Spesielt i skri-ving blir dette tydelig, særlig i poesi. Rim kommer lettere. Det er bare noe i hjernen som frigjør seg, sier Jamison.

– *Og hvordan er dette for deg?*

– Det er fantastisk! (ler). Det er fantastisk til det ikke lenger var fantastisk.

Hun har fortsatt med å utforske ideer om mani og skaperevne i sin siste bok, om poeten og modernisten Robert Lowell, som levde et turbulent liv med bipolar lidelse. «Jeg skriver min beste poesi når jeg er manisk», har han uttalt. Jamison understreker hvilken eminent «re-writer» Lowell var – han brukte materiale fra både maniske og depressive faser til å utvikle poesi.

Jamison anerkjenner at det er en balansegang mellom å bejæ en mani og å behandle den. «Dette er ikke å romantisere», sier hun i foredraget sitt under Schizofrenidagene. Hun stiller selv spørsmålet om hvordan man kan håndtere den forførreriske kraften i en mani uten å opphøye den. Det gjelder «å beholde det gode, men behandle lidelsen». Det er viktig å ikke være med på å bygge opp under en idé om at på den ene siden finner du det kjedelige, normale livet og på den andre det interessante kunstneriske livet, understreker hun.

FRA VOLD TIL FORSONING

Bipolar lidelse er en sykdom som både kan drepe og skape, har Jamison uttalt. Det som begynner som fornøyelige og tilfredsstillende aktiviteter, som shopping og sex, får ofte smertefulle konsekvenser. Jamison erfarte at både maniene og depresjonene ledet til vold. Og etterpå, å ta inn over seg skadene på de involverte, sider som skiller seg fullstendig fra de ideene man måtte ha om seg selv. Etter et alvorlig selvmordsforsøk, som hun skildrer i biografien, måtte hun integrere hendelsen med det bildet hun hadde av seg selv som en ung entusiastisk jente med store forventninger til livet med «det av en trist, gretten, lidende kvinne hvis eneste desperate ønske var å dø, og som tok en dødelig dose litium for å få det til» (s. 120).

Risikoen for selvmord ved stemningslidelser er høy sammenlignet med andre lidelser, og så mange som 25–50 prosent av pasienter med bipolar lidelse forsøker å ta livet sitt minst en gang i løpet av livet²³. På konferansen i Stavanger sier hun: «Jeg hadde en fantastisk psykiater, og jeg forsøkte å ta livet mitt.» Hun takker behandleren sin for at hun faktisk kom seg gjennom krisene. Hva gjorde så terapeuten hennes? «Det var alle de dumme, desperat optimistiske, nedlatende tingene som han ikke sa, som holdt meg i live», skriver hun (s. 118). Terapi kan ikke gjøre deg frisk, men gjøre at du forstår at du må ta medisiner, mener Jamison.

– *Du har sagt at den beste behandlingen er å kombinere medisin og psykoterapi – hva slags psykoterapi?*

– Mye psykoterapiforskning viser at det i mindre grad er typen behandling og mer psykoterapeuten [som avgjør utfallet]. Jeg tror det er viktig at du har en person du stoler på, som du kan stille spørsmål til, at du kan

.....

2. Jamison, K.R. (2000). Suicide and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(9), 47-51. <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/suicide-and-bipolar-disorder-7>

3. Tondo, L., Pompili, M., Forte, A., & Baldessarini, R. J. (2016). Suicide attempts in bipolar disorders: Comprehensive review of 101 reports. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(3), 174-186. <https://doi.org/10.1111/acps.12517>

– Kanaliserer kraften

Leder for bipolar-teamet ved Nydalen DPS, Magnus Johan Engen, var også til stede under Schizofrenidagene i Stavanger der Kay Redfield Jamison foreleste. Vi har spurt ham om hva han mener er Jamisons betydning for forståelsen av bipolar lidelse:

– Jamison har vitenskap i hodet og poesi i hjertet. Hennes vitenskapelige bidrag stod på egne ben lenge før hun fortalte om sin egne erfaring med bipolar lidelse, mener Engen.

– For Jamison er det å ha bipolar lidelse som å forholde seg til en kraftig, vill hest. Noen, inkludert henne selv, klarer i perioder å kanalisere kraften inn i kreativ skaperkraft, men hennes formidling levner allikevel liten tvil om at kraften i sum er ødeleggende og livsfarlig. Gjennom sine bøker klarer hun å både gi en biomedisinsk forankring av lidelsen, samtidig som hun stimulerer til økt nysgjerrighet rundt fenomenologi og psykologi. Det er imponerende og forfriskende.

Engen holder for tiden på med en doktorgrad om kognitive vansker ved schizofreni ved Norsk senter for forskning på mentale lidelse (NORMENT).



strekke ut en hånd hvis du er fortvilet, og at personen forstår deg.

Jamison mener at det er likegyldig hvilken teoretisk retning dette gjøres innenfor, og at vi må undersøke nærmere hva slags terapi som er god for mennesker med stemningsforstyrrelser.

– *Hva vil være mekanismene en psykolog burde være opptatt av i denne sammenhengen, vil det for eksempel være emosjonsregulering?*

– Det er nok en vei å gå. En atferdspsykolog ville nok gått den veien, men det er ikke innenfor min egen utdanning, eller det jeg gjør. Det betyr ikke at jeg ikke er enig i det, men jeg bruker ikke det språket. Emosjonsregulering har en kaldblodig kvalitet ved seg.

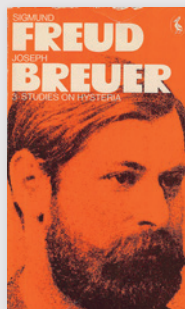
Hun utdypet:

– Det er jo bare språk. Jeg lever av å skrive, så det er ikke ... Selv om termen emosjonsregulering aldri ville vært noe jeg hadde brukt, så betyr det ikke at det var akkurat det min terapeut hjalp meg med – for det var det faktisk. Men dette handler mer om at han var en fantastisk lege, en helbreder, en superb psykoterapeut og farmakolog, som kjente lidelsens biologi baklengs og forlengs. Han var en humanist. Jeg tror ikke vi snakker nok om språk i psykologien og psykiatrien. Vi bare beveger oss ut på våre egne veier, jeg gjør det selv. Men hva er for eksempel tankeflukt? Hva betyr det? Du kan krysse det av på en diagnostisk sjekkliste, du kan forsøke å studere det, men hva i himmelens navn er tankeflukt? spør Jamison.

Jamison er opptatt av spørsmålene rundt hva som utgjør en god behandler – en som ikke bare gjør at du fungerer, men som helbreder. I en artikkel i *The Washington Post* ble hun omtalt som en «wounded healer» – en med førstehånds erfaring om hva som skal til for å leve med og vokse seg fri fra den smerte som følger med en psykisk lidelse. For tiden jobber hun med en bok om temaet.

– Boken handler om hva som gjør en helbreder god. Vi har gode behandlinger i dag, som kan gjøre deg ganske bra, men hva betyr det å helbrede? Å helbrede er å gå lenger enn å bli frisk. Det handler mer om utviklingen til et individ, gjennom relasjonen til behandleren. ❖

KLASSIKEREN



Freud viser fram trinnene, også feiltrinnene, i sin tilnærming og tenkning

Sigmund Freud og Joseph Breuer: *Studies on Hysteria* (1895)

Sigmund Freud og Joseph Breuers *Studies on Hysteria* (1893–1895) er min utvalgte klassiker. Verket var et viktig startpunkt på min vei til å bli psykolog og psykoanalytiker. Boken er med sine berømte, medrivende og dramatiske kasushistorier spennende som en roman. Kvinnene som er beskrevet i boken kommer selv til orde både gjennom at kroppene deres taler, men også gjennom dialogen med sine terapeuter. Det er Breuers pasient, kalt Anna O., som kaller metoden for «chimney sweeping» og «talking cure». Og det er en av Freuds pasienter, kalt fru Emmy von N. som lettere irritert ber Freud la være å avbryte henne hele tiden, og «let her tell (him) what she had to say». Andre på denne tiden ville avskrive disse kvinnene som gale, eller som simulanter, men Freud og Breuer fant mening og symboler bak de hysteriske krampene, språkta-pet, hallusinasjonene, paralsen og de andre til dels skremmende symptomene. Metoden deres utviklet seg gradvis bort fra hypnose og suggestive teknikker, og oppgaven var å møysommelig finne fram til de opprinnelige traumatiske hendelsene som lå bak kjeder av minner. Dermed skulle pasienten få hjelp til å av reagere disse. Og symptomene forsvant. Dette var den katarsiske metode.

Det er imidlertid en spenning mellom Breuers og Freuds bidrag i boken. Freud beveger seg stadig videre i sin tenkning, og er på sporet av seksualitetens sentrale betydning, dit kan ikke Breuer følge ham. I et eget kapittel legger Freud grunnlaget for det som skal bli den psykoanalytiske metode.

En del av Sigmund Freuds genialitet er at han viser trinnene, også feiltrinnene, i sin tilnærming og tenkning underveis i boken. Det gjør at leserne både kan følge ham og motsi ham på veien.

Psykolog, psykoanalytiker, og sittende medlem i Menneskerettighetsutvalget til Psykologforeningen, Karl Eldar Evang, utfordrer psykolog Henrik Kamphus til å ta stafettspinnen videre.

Etikken før evidensen

Hvordan vi skal møte mennesker som lider, er ikke verdinøytralt.

GJØR VITENSKAPELIG METODIKK det mulig for mennesket å tilegne seg *sann* kunnskap om fenomenene det studerer? Og, hvilke verdimessige forutsetninger skal en slik avgjørelse bero på? *Grunnlagsproblemer i vitenskapene om mennesket* drøfter betingelsene for hva som kan sies å være relevant kunnskap innenfor vitenskapene om mennesket. Boken er tilegnet professor Tor-Johan Ekeland ved 70-årsmerket, og tematikken opplevelse trefende basert på Ekelands karriere som kritiker av psykologiens mulighetsbetingelser. Spørsmålene som presenteres og diskuteres, er aktuelle og viktige for psykologifeltet og andre fagområder som har mennesket som sin studie- og behandlingsbeskjeftigelse. Spørsmålene som stilles, og deres problematisering er interessant og verdifull lesning. Spesielt fordi de vekker interesse og nysgjerrighet for rammebetingelsene for psykoterapi.

VERDIVURDERINGER

Boken er en antologi bestående av 19 kapitler inkludert innledning og Ekelands bibliografi fra 1976 til 2018. Redaktørene er professor emeritus Arnulf Kolstad og professor Ragnfrid Kogstad. De har tidligere redigert *Medikalisering av psykososiale problemer* (2019) og *Psykologisering av sosiale problemer* (2011). Begge bøkene kan hevdes å problematisere hvordan sosiale vansker blir individualisert. Innledningen setter bokens tematikk i sammenheng med Ekelands forskningsinteresser. Han har for eksempel vært opptatt av evidensbasert praksis, forholdet mellom genetik og kultur, om diagnoser er til det beste for pasienten, biologisme og scientisme. Innlednin-

gen danner et godt utgangspunkt for videre lesning av boka, som nettopp omhandler disse temaene. I kapitler 1–14 redegjør forfatterne for ulike utfordringer når man forsker på mennesker, herunder vitenskapsteoretiske grunnlagsproblemer. Hovedsakelig redegjøres det for *forholdet* mellom subjekt og objekt, ofte kalt subjekt–objekt-ontologi. Skribentene drøfter hvordan mennesket alltid er en del av feltet det studerer, og ikke kan stille seg på utsiden som en tilskuer av fenomenet det iakttar. Vi er deltakere. Faren ved å glemme deltakerrollen er at vi objektiviserer fenomenet som studeres. Således studerer vi «*det andre og ikke den andre*» (s. 94). Førstnevnte er objektiviserende ved at vi tolker subjektet som rammet av en feil – det er støy i maskineriet. Sistnevnte inviterer subjektet inn i dialog i en meningsdimensjon om hva det vil si å være et menneske i verden. Felles ved det psykiatriske diagnosesystemet, biologisk reduksjonisme og individualisering er at de isolerer mennesket fra dets eksistensielle grunnvilkår og mening i livet. Det blir for ensidig. Boken inviterer leseren inn til å reflektere over disse grunnlagsproblemene, om hvordan de biomedisinske og psykososiale perspektivene bør forenes.

I tillegg belyses politiske og sosiale faktorer som innvirker på behandling av mennesker som lider. Boken inneholder også flere kapitler om brukererfaringer i psykisk helsevern. På sin egen måte er det fornem lesning. Tilgang til førstepersonsperspektivet til brukere eller pårørende gir verdifull kunnskap om hvordan det er for noen å være på «den andre siden». Likefullt er drøfting av hvordan helsemyndighetens krav



BOK

Grunnlagsproblemer i vitenskapene om mennesket

FORFATTERE Arnulf Kolstad og Ragnfrid Kogstad (red.)

ÅR 2019

FORLAG Abstrakt

SIDER 286

ANMELDT AV

Fredrik D. Moe, psykolog og filosof, stipendiat ved UiS





Jeg får inntrykk av at tematikken i boken er en kamp mellom to herrediskurser

innvirker på praksis interessante, ettersom det viser hvor komplekst samspillet er. Eksempelvis hvordan pakkeforløpets velmenende intensjon om lik behandling for alle kan gå bekostning av behandlingen hver enkelt pasient får. Om pasienter skal gjennomgå et standardisert tilbud som sikrer lik behandling, er det ikke nødvendigvis slik at hver enkelt pasients historie kan bli hørt. Videre drøftes hvordan fagfeltet skal ivareta grunnleggende menneskerettigheter. Pasientens autonomi og helsepersonells ivaretagelse av pasientens helse kan komme i konflikt. FN har i sitt arbeid med menneskerettigheter fjernet unntakene for intervensjoner mot pasientens vilje. Altså at personer med psykososiale funksjonshindringer kunne bli behandlet mot sin vilje hvis en fagperson vurderte at helsehensyn forsvarte bruk av intervensjonen (s. 77). Noe som har implikasjoner for tvangsbehandling. Kapittelet stimulerer til kritisk tenkning og refleksjon rundt hvordan visse former for behandling, spesielt tvang, undergraver prinsippet informert og frivillig samtykke. Dog får jeg inntrykk av at tematikken i boken er en kamp mellom to herrediskurser, det biomedisinske og det psykososiale. Jeg skulle ønske at boken nyanserte forholdet mellom det biomedisinske og det psykososiale i større grad enn den gjør, ettersom jeg opplever at det er bokens intensjon. Denne intensjonen syns jeg fremkommer tydelig ved en drøfting av evidensbasert medisin:

Paradigmets iboende krav, at all klinisk handling og behandling skulle være basert på evidens, altså etterprøvd kunnskap, var ikke gjenstand for din (Ekeland)¹ kritikk. Det var derimot paradigmets definisjon av hva som var den beste – og snart eneste – veien til gyldig kunnskap, nemlig randomiserte, kontrollerte forsøk (RCT), en metodologi og metode som baserer seg på forutsetninger som du ikke anså som generelt egnet for å utforske menneskelig lidelse og personlig nød (s. 246).

Sitatet demonstrerer at Ekeland er opptatt av å undersøke hva som hevdes å være gyldig kunnskap, og ikke at paradigmat i seg selv er uvesentlig og ikke bidrar til kunnskap. Både det biomedisinske og det psykososiale perspekti-

.....

1. Min anmerking.

vet har sine begrensninger. Det sentrale er å analysere grunnlaget for å hevde at de vitenskapelige metodene vi velger for å studere et gitt fenomen, bidrar til *sann* kunnskap mer enn andre vitenskapelige metoder. Altså hvilke vurderinger og verdigrunnlag er det vi baserer oss på for å kalle noe sant eller falskt? Og, hva skyldes at ett vitenskapelig paradigme har forrang? Dette er spørsmål som boken utforsker og problematiserer.

ETIKK OG RELASJON

Etikk er et sentralt element i boken. Hvordan vi skal møte mennesker som lider, er ikke verdinøytralt. I behandling av mennesker med psykiske lidelser gjør vi verdivurderinger av hva som antas å være grunnen til at mennesket lider, og hva som bør gjøres for å bedre livet. Å anse menneskelig lidelse som noe som bare skjer med individet, uten å inkludere dets historie, intensjoner og søken etter mening kan føre til inhuman behandling. Når menneskelig lidelse anses som et resultat av en feilkobling i maskineriet, kommer andre forståelser i bakgrunnen. Menneskelig lidelse er da ikke relasjonelt eller sosialt forstått. Individet må kun korrigeres slik at det kan fungere igjen. Dette er faren ved å føre en objekt-ontologi for å forstå og behandle aspekter som tilhører subjekt-ontologien, noe Ekeland kaller for en epistemologisk feil (s. 12). Faren er at mennesket behandles som et objekt som påføres behandling uten å være et inkluderende subjekt. Boken har flere eksempler på det, enten det er selvmord i psykisk helsevern (kapittel 5), fritt og informert samtykke (kapittel 4) eller å ikke bli lyttet til i terapiforløpet (kapittel 6).

Etikk handler blant annet om vurdering av hvilke handlinger overfor andre mennesker som er gode eller onde. Disse vurderingene er fundamentale i psykoterapeutisk *behandling*. Tvangsmedisinering som behandling (ikke akutt tiltak, s. 86) bryter for eksempel med menneskerettigheter, og deskriptiv diagnostisering kan medføre en devaluering av subjektet og dets lidelse. Dette er ikke spørsmål som kan besvares av en empirisk vitenskap, da spørsmålene er normative. På en engasjerende måte oppfordrer boken til kritisk tenkning rundt de normative og etiske sidene ved å være helsearbeider eller psykoterapeut; hvilket menneskesyn ønsker vi at helsearbeid skal inkludere, både på systemnivå og vitenskapsteoretisk. ✘

Forsmak på skjermvennlig terapi

Veiledet internettbehandling gir håp om enda bedre psykologhjelp i fremtiden.

VEILEDET INTERNETTBEHANDLING av Tine Nordgreen og Arne Repål kom i 2019. Boken er ikke den første som blir utgitt på norsk om temaet, men det er ikke langt ifra. Det er overraskende at så lite er skrevet om en metode som kan hjelpe så mange. På tross av at Norge både har et av verdens beste helsetilbud og størstedelen av befolkningen har tilgang til internett, er tilgangen til internettbasert psykologisk behandling likevel dårlig. Nordgreen og Repål viser allerede på første side i boken at det ikke kan forklares med skepsis fra befolkningens side. Rapporten Digitale helsetjenester (Forbrukerrådet, 2018) viser at 84 prosent er positive til bruk av ny teknologi innenfor helse og omsorg.

KVALIFISERTE ANBEFALINGER

Nordgreen og Repål har omfattende erfaring i bruk av internettbehandling. I tillegg har de solid kunnskap innenfor en rekke kliniske områder, hovedsakelig innenfor den kognitive tradisjonen. Begge har vært foregangspersoner i å prøve ut og bygge opp internettbehandling i Norge. Ut fra denne erfaringen gir de en oversikt over fagområdet, beskriver sentral forskning og tilbyr en rekke praktiske anbefalinger. Anbefalingene omhandler både hvordan man bør tilpasse terapeutrollen til internettbehandling, og hvordan behandlingen kan tilpasses typiske psykiske lidelser.

Kapittel 4 hjelper for eksempel leseren i å reflektere rundt forskjeller og likheter mellom ansikt til ansikt-behandling og veiledet inter-

nettbehandling. En av de vanligste innvendingene mot internettbehandling er at den terapeutiske alliansen forringes. De senere årene har derimot vist at kvaliteten på alliansen kan være like god ved internettbehandling (Ebert et al., 2018). I tråd med dette beroliger Nordgreen og Repål leseren med at «Det er altså først og fremst behandlingsformatet som er forskjellig fra tradisjonell terapi, ikke innholdet» (s. 55). I kapittel 7 beskriver de videre hvordan «diagnosespesifikke forhold» påvirker internettbehandlingen, for eksempel at behandleren må ta hensyn til manglende motivasjon og utholdenhet ved depresjon, unnvikelse i forbindelse med eksponeringsøvelsene ved angst, og underrapportering av rusbruk ved problematisk drikking (s. 105). Man kan hevde at disse forholdene vil gjelde uansett om behandlingen skjer via internett eller ansikt til ansikt. Leseren bør her minnes på at mange av anbefalingene i boken bygger på erfaringer med e-meistring i Norge og internetpsykiatri i Sverige, der nettbehandlingen hovedsakelig er tekstbasert, og der kommunikasjonen ikke foregår her og nå og ansikt til ansikt.

Veiledet internettbehandling rådgir e-terapeuten i å veilede pasienten til hvordan best mulig få effekt av informasjon og hjemmeoppgaver på nettet. Det er en svakhet at leseren ikke får tilsvarende råd om hvordan planlegge og gjennomføre videokonsultasjoner eller såkalt *blended therapy*. Blended therapy er behandling som kombinerer ansikt til ansikt-behandling, videokonsultasjoner, tekstbaserte



BOK *Veiledet internettbehandling*
FORFATTERE Tine Nordgreen og Arne Repål
ÅR 2019
FORLAG Gyldendal
SIDER 157

ANMELDT AV
 Svein Øverland,
 psykologspesialist





Det er en svakhet at leseren ikke får tilsvarende råd om hvordan planlegge og gjennomføre videokonsultasjoner

moduler og eventuelt kunnskap og oppgaver som gjøres tilgjengelig gjennom internett eller applikasjoner. Sannsynligvis vil de fleste psykologer som ønsker å tilby internettbehandling, være interessert i en slik tilnærming, ettersom det enklest kan integreres i tradisjonell terapi. Særlig gjelder dette privatpraktiserende psykologer og psykiatere.

KREVER PLANLEGGING

Selv om *Veiledet internettbehandling* er en relativt liten bok om den kliniske anvendelsen av metoden, tar den også for seg hvordan brukere og utviklere av helsetjenester kan påvirke implementering av digitale helsetjenester. Forfatterne spør: Hvorfor er det slik at internettbehandling ikke er lett tilgjengelig på tross av at forbrukere, brukerorganisasjoner og stadig flere psykologer ønsker å ta metoden i bruk? Nordgreen og Repål viser til at den videre utviklingen er avhengig av hvilke overordnede valg som gjøres, og hvordan internettbehandling organiseres. Helsemyndighetene har i liten grad prioritert psykologisk internettbehandling, og takstsystemet har ikke vært tilrettelagt for det. Nordgreen og Repål fremhever at den videre utviklingen krever tverrfaglige team med klare roller og en tydelig metodikk som er åpen for prøving og feiling. Selv ville jeg ha

tilføyd at Psykologforeningen burde vært en pådriver i så henseende. Psykologer er vant til å balansere mellom å være innovative og å være skeptiske til quick fixes, og å skifte fra individfokus til samfunnsfokus. Men som Nordgreen og Repål viser til, krever den videre utviklingen en bedre og mer overordnet planlegging.

Sannsynligvis vil det i fremtiden finnes flere spesialiserte internett-poliklinikker. Jeg savner likevel en nærmere beskrivelse av hvordan «vanlige psykologer» kan tilby internettbehandling som supplement til tradisjonell behandling. Tilsvarende savner jeg en bredere presentasjon av hvordan både tradisjonell behandling og internettbehandling kan kombineres med bruk av apper, spill og andre digitale ressurser. Forskning viser at slik *blended therapy* synes å være særlig nyttig i behandling av barn og ungdom (Hollis et al., 2017).

Interesseforeningen for digital helse, Digpsyk, har de siste to årene merket en økende interesse fra psykologer som ønsker å gå online. Interessen eksploderte da smittevernrestriksjonene i sammenheng med koronapandemien ble innført. Svært mange psykologer har derfor på kort tid fått erfaring med internettbehandling, og flere vil sannsynligvis snart begynne. Det er et håp at *Veiledet internettbehandling* derfor vil leses av stadig flere. ✘

REFERANSER

- Ebert, D., van Daele, T., Nordgreen, T., Karekla, M., Compare, T., Zarbo, C., Brugnera, A., Øverland, S., Baumeister, H. (2018). Internet and mobile based psychotherapy: Applications, efficacy and potential for improving mental health care. *European Psychologist*, 23, 167–187.
- Green, J. og Johansson, S. (1993). *Cyberworld*. Høst og Søns forlag.
- Jensen, K.L. (2014). Fra offline til online: Internettbasert rådgiving og terapi. Fagbokforlaget.
- Halvorsen, P. (2020). eMeistring for alle penga. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(3), 173–177.
- Hollis, C., Falconer, C.J., Martin, J.L., Whittington, C., Stockton, S., Glazebrook, C., Davies, E.B. (2017). Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems – a systematic and meta-review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 474–503.
- Kraus, R., Stricker, G. & Speyer, C. (2010). *Online Counseling. A Handbook for Mental Health Professionals*. Academic Press Elsevier.
- Schade, C. og Steiniche, C. (1993). *Virtual Reality – en bok om den kunstige virkelighet*. København: Borgens Forlag.



Sett av datoene for årets SEMINAR og ÅRSMØTE i Forening for psykologer i privat praksis (FPP) 22.–24. oktober på hotell Terminus, sentralt i Bergen.

NB! Merk datoene

(FPP er foreningen for psykologer i privatpraksis – heltid eller deltid – med og uten driftstilskudd)

Årets tema: Metakognitiv terapi med en av Norges fremste forskere og klinikere på området.

- Professor Dr. Philos Hans Nordahl fra NTNU om metakognitiv terapi
- Norsk psykologforening om fagpolitiske forhold og nytt fra foreningen
- Sosialt og faglig fellesskap
- Festmiddag

Årsmøtet avvikles torsdag 22. oktober kl. 17–19.

Påmelding:

Se ny annonse i Psykologtidsskriftets augustnummer. Hvis seminaret må avlyses på grunn av koronasituasjonen, får du selvfølgelig påmeldingsavgiften tilbake.



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

UTDANNINGSAVDELINGEN



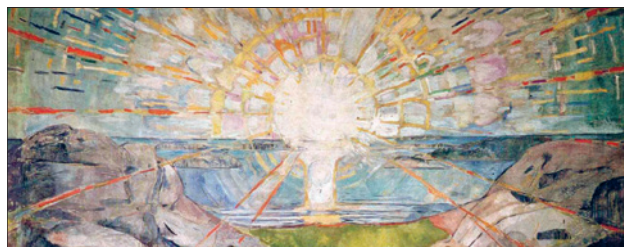
TFT SOM VEDLIKEHOLDSAKTIVITET

NaKoTip har tett kontakt med internasjonale miljøer som utvikler, dokumenterer og forsker på TFT. Teknikkene er utviklet og forbedret betydelig siden de første psykologene tok TFT i bruk for rundt 20 år siden. Det er i dag godt dokumentert at TFT har effekt og den første norske studien med psykiater og overlege Audun Irgens ved Sørlandets sykehus er publisert.

Vi har jevnlig oppstart av nye sertifiseringskurs. Deltakelse fra psykologer og andre profesjoner som arbeider med psykisk helse er vanlig og tilbakemeldingene er meget gode. Dersom det er mange nok psykologer som er interessert kan det avtales å sette opp egne kurs.

Du finner mer informasjon på www.nakotip.no

Ta gjerne kontakt på post@nakotip.no/tlf. 411 03 000 for mer informasjon og/eller påmelding.



Livsenergi

«Hvordan fremme terapeutens og klientens livsenergi gjennom erfaringsbaserte 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, energiregulering 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 erfaringsbasert, teoretisk og 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

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

Helse Vest RHF

2 stk. 100 % avtaleheimlar i klinisk psykologi i Bergen

2 stk. 100 % avtaleheimlar for godkjende spesialistar i klinisk psykologi i Bergen er ledig frå 01.08.20.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

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

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

Avtalespesialistane skal bidra til at Helse Vest kan oppfylle «sørge for»-ansvaret. Det inneber mellom anna at avtalespesialistane utfører undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen. Avtalespesialistane skal ha eit nært og forpliktande fagleg samarbeid med Helse Bergen ved Øyane DPS / Betanien 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 Bergen ved Øyane DPS / Betanien DPS. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle avtalen mellom Helse Vest og avtalespesialisten. Avtalepraksisen skal i samarbeid med Helse Bergen / Betanien DPS 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 også 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.



Bjergvin DPS, Knarvik allmennpsykiatriske poliklinikk søker:

Psykologar til faste stillingar

Bjergvin distriktpsykiatriske senter (DPS) er ein moderne og veldrepte klinikk i Divisjon psykisk helsevern, Haukeland universitetssjukehus. Klinikken gjev spesialisthelsetenester til bydelane Åsane og Arna i Bergen, Osterøy kommune og kommunane i Nordhordland; til saman 78 000 vaksne. Bjergvin DPS har til saman 150 årsverk og eit budsjett på 145 millionar kroner for 2020. Døgntilbod er lokalisert på Tertnes, medan polikliniske tenester vert gitt både i Knarvik og på Tertnes.

Bjergvin DPS sine kjerneoppgåver er:

* spesialisert utgreiing og differensiert behandling * opplæring av pasientar og pårørnde * rettleiing til psykisk helsearbeid i kommunane * forskning, kvalitetsutvikling, utdanning av helsepersonell

Vi legg til rette for gode spesialiseringssløp innan klinisk vaksenpsykologi eller andre relevante spesialiseringssløp. For kandidatar med spesialistkompetanse legg vi til rette for kompetanseheving og etterutdanning, og vi har fokus på forskning. Samarbeid med sjukehus, kommunar og brukarorganisasjonar er høgt prioritert.

Vi søker etter 3 psykologar/ psykologspesialistar til faste stillingar i vår allmennpsykiatriske poliklinikk i Knarvik. Poliklinikken er inn i ein særspennande utvikling der vi skal ved årsskifte 20/21 flytte inn i nye Nordhordland helsehus i Knarvik. Dette inneber ein samlokalisering med ein rekkje kommunale tenester. Dette vil gi oss ein unik mulighet til å skape fremtidens psykiske helseteneste i tett samspel med kommunane i opptaksområde.

Vi har behov for å styrkje vårt DBT-team, og kandidatar som har DBT-kompetanse eller er interessert i å arbeide innanfor dette området oppfordrast særleg til å søkje. Opplæring vil bli gitt ved behov. Vi har også behov for å styrkje vårt Traumeteam, som tilbyr behandling innanfor metodikkane EMDR og CT-PTSD.

Knarvik allmennpsykiatriske poliklinikk ligg 25 minutt frå Bergen sentrum. Det er godt kollektiv samband både med buss og hurtigbåt.

Interessert?

Ta Kontakt med Klinikkdirktør Fredrik Hiis Bergh, tlf. 55 95 70 00 eller Seksjonleiar Wenny Karin Bernes på telefon 55 95 00 00



Ref.nr. 4223526203
Søknadsfrist: 15.05.2020



Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region sør

Psykolog/psykologspesialist

100 % fast stilling

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 gruppebasert 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: 24.05.2020.

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

Volvat Fredrikstad søker dyktig psykiater



Volvat Medisinske Senter i Fredrikstad søker en psykiater med interesse for og bred erfaring fra klinisk arbeid. Enheten behandler pasienter med psykiske lidelser. I tillegg til den nevnte stillingen er seksjonen tilknyttet to psykologer og en ernæringsfysiolog som man samarbeider tett med.

Som psykiater i Volvat vil du jobbe selvstendig med utredning, medikamentell og samtalebasert behandling samt oppfølging av pasienter. Vi ser etter deg med relevant klinisk erfaring, høy fagkompetanse og som håndterer høyt arbeidstempo. Vi ønsker oss positive og fleksible medarbeidere som identifiserer seg med våre verdier, opptrer profesjonelt, bidrar til et godt arbeidsmiljø og som setter pasienten i fokus.

Stillingen er organisert som en selvstendig konsulentstilling gjennom eget foretak.

Høres dette interessant ut? Du kan lese mer om stillingen og om oss på våre hjemmesider:

www.volvat.no

Søknadsfrist: 18. mai

PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

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

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

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. Nettannonse har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Kurs og konferanser» og www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen.

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

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
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
		82,5x115

PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

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

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

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



Bufetat
Barne-, ungdoms- og familieetaten, region øst

Vil du være med å forme familievernets arbeid innenfor vold og høykonflikt?

Psykolog/ psykologspesialist/ master i familierapi

Familievernet i region øst utvider det nasjonale spisskompetansemiljøet for vold til også å gjelde høyt konfliktnivå mellom foreldre. Vi søker i den forbindelse 5 nye engasjerte kollegaer som kan være med å forme dette teamet.

Søknadsfrist 15.mai 2020

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no

Blå Kors Haugaland A-senter er et behandlings- og utredningssenter for rusmiddel-, livsstil- og avhengighetsproblemer. Institusjonen arbeider på oppdrag fra Helse Vest RHF og inngår som integrert del av spesialisthelsetjenesten. Blå Kors Haugaland A-senter eies av Blå Kors Norge. Vi er i stadig vekst og har de senere årene utviklet nye og spennende tilbud, både organisatorisk og faglig. Les mer om oss på www.haugaland-asenter.no

Blå Kors Haugaland A-senter søker: Psykologspesialist/ psykolog

Vi søker etter psykologspesialist/psykolog til vårt behandlersteam.

Stillingen inngår i behandlersteamet som består av psykologspesialister, psykologer, spesialist i rus og avhengighetsmedisin, lege og fagkonsulenter. Behandlingsmodellen legger stor vekt på kontinuitet i relasjonen mellom pasient og behandler der samme hovedbehandler følger pasienten i hele det sekvensielle behandlingsforløpet.

De kliniske tjenestene er organisert i tre hovedfunksjonsområder: Poliklinisk seksjon med ambulante tjenester, døgnenheter og dagenhet. Det er i tillegg et eget poliklinisk tilbud til pårørende og til spilleavhengige.

Personlig egnethet og evne til samarbeid tillegges betydelig vekt. Ønsket tiltredelse 1.september 2020 eller etter avtale.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til klinikkisjef Johanna S. Bjørkavåg på tlf. 52 73 30 00.

Søknadsfrist: 24.05.2020



For fullstendig stillingsutlysning, se www.jobbdirekte.no/haugaland-asenter

Søknader sendt utenfor søknadsskjema, vil ikke bli vurdert.



Stiftelsen Fredheim gir tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering til voksne rusavhengige menn og kvinner. Institusjonen har avtaler med Helse Sør-Øst om 27 TSB plasser og Oslo kommune om 20 rehabiliteringsplasser. Den aktuelle stillingen er knyttet til TSB langtidsbehandling, og samarbeider med syke- / vernepleiere og sosionomer med videreutdanning og miljøarbeidere i behandlingsteam. Det er tilknyttet lege med spesialitet i avhengighet og rusmedisin. Behandlingen er tverrfaglig, med fokus på rusmestring, psykisk og somatisk helse, arbeidstrening og ADL. Mange av pasientene har omfattende psykiske helseproblemer, med bl.a. traumer, ADHD, angst og depressive lidelser. Faglig tilnærming er eklektisk, med elementer fra kognitiv terapi, motiverende samtale og traumeterapi. Psykoterapi og miljøterapi benyttes parallelt med medikamentell behandling. Det samarbeides tett med kommunetjeneste i planlegging av utskrivelse til egen bolig.

Vi søker nå etterfølger til psykologstilling:

PSYKOLOGSPESIALIST / PSYKOLOG 100 % FAST STILLING

Stillingen har følgende ansvarsområder og arbeidsoppgaver:

- Behandlingsansvarlig for TSB pasienter
- Ansvar for tverrfaglig arbeid i behandlingsteam
- Samarbeid med hovedkontakter og legespesialist i behandlingsmøter
- Individualterapi
- Kartlegging, vurdering og diagnostikk
- Ansvar for inntak i samarbeid med fagansvarlig leder
- Klinisk veiledning og opplæring
- Faglig rådgiver i ledergruppe

Kvalifikasjoner:

- Godkjent psykologspesialist / psykolog under spesialisering
- Engasjement og interesse for TSB
- Gode samarbeidsevner med vekt på teamarbeid og tverrfaglighet
- Personlig egnethet og holdninger til en sårbar pasientgruppe blir vektlagt

Vi tilbyr:

- Spennende og varierte arbeidsoppgaver i et tverrfaglig behandlingstilbud
- Godt arbeidsmiljø
- Gode muligheter til å utforme stillingens innhold
- Muligheter for videreutdanning
- Pensjons- og forsikringsordning i KLP. Det trekkes 2 % av bruttolønn til pensjon
- Konkurransedyktig lønn (kr 600.000–900.000/år). Avlønning vurderes etter utdanning og erfaring
- Tiltredelse etter avtale

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til institusjonsleder Ståle Bakke, tlf. 924 97 879, faglig leder Juliane Hemstad, tlf. 454 26 914 eller psykologspesialist Wenche Bergaust, tlf. 934 87 177.

Alle søknader behandles konfidensielt. Søknad med CV sendes Stiftelsen Fredheim, Baldisholveien 85, 2350 Nes på Hedemarken innen 15.06.2020.

NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

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

Visepresidenter

Rune Frøyland
rfroey@online.no
450 30 522

Arnhild Lauveng

913 17 162
post@arnhildlauveng.com

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

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

Studentrepresentanter

Guro Holte Igesund
464 27 727
guroigesund@gmail.com

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

Varmedlemmer

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

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
Anne-Kristin Imenes
anne.kristin.imenes@gmail.com
907 55 410

Østfold
Øyvind Nordhus
nordhus@me.com
911 61 779

FAGETISK RÅD

Maria Norheim, 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
Ingrid Grov Mannsverk,
Oslo kommune, tlf. 482 98 128

FORHANDLINGS- UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

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

SPECIALITETSRADET

Arnhild Lauveng,
e-post post@arnhildlauveng.com
tlf. 913 17 162

KVALITETSUTVALGET

Arnhild Lauveng,
e-post post@
arnhildlauveng.com
tlf. 913 17 162

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 RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

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

KLIMAUTVALGET

Tommy Sotkajærvi, leder,
e-post sotkarjaervi@gmail.
com, tlf. 984 18 586

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

Ane Johnsen Lien, leder,
e-post ane.lien@lyse.net,
tlf. 414 02 259

SEKRETARIATET

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

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås,
administrasjonssjef,
e-post linda@
psykologforeningen.no
Toril Dyrhovd,
nestleder, e-post toril@
psykologforeningen.no

Forhandlingsavdeling

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

Fagpolitisk avdeling

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

Utdanningsavdeling

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

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

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

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

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

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

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

Til bidragsyterne: Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til sjefredaktør Bjørnar Olsen: bjornar@psykologtidsskriftet.no. Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav (psykologtidsskriftet.no, se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal 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:
15.05, 18.06, 17.07, 19.08,
17.09, 16.10, 18.11

